# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

# THÈSE

N° 12

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**André DUPUYLATAT DE LAVIERGNE**

Né à Chambon (Creuse), le 23 décembre 1883

Ancien externe des Hôpitaux

# La Réinfection Syphilitique

*Président :* M. LETULLE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1913

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## LE DOYEN, M. LANDOUZY

### PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TEISSIER |
| Pathologie chirurgicale | LEJARS |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | Auguste BROCA |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUENIOT | LERI | RICHAUD |
| BERNARD | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BRANCA | JEANNIN | MAILLARD | ROUVIERE |
| BRUMPT | JOUSSET (A.) | MOCQUOT | SAUVAGE |
| CAMUS | LABBE (H.) | MULON | SCHWARTZ (A.) |
| CASTAIGNE | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX | SICARD |
| CHAMPY | LANGLOIS | NOBECOURT | TANON |
| CHEVASSU | LECENE | OKINCZYC | TERRIEN |
| COUVELAIRE | LEMIERRE | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | VILLARET |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETTERER | ZIMMERN |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RIBIERRE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MILIAN

Médecin de l'hôpital de la Charité

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En hommage de profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES D'EXTERNAT

M. le Docteur LENORMAND (1906-1907)

M. le Docteur LABADIE-LAGRAVE (1907-1908)

M. le Docteur MILIAN (1908-1909)

M. le Professeur DIEULAFOY (*in-memoriam*)
(1910-1911)

A MES AUTRES MAITRES

M. le Docteur CAMPENON

M. le Docteur ANDRÉ PETIT

M. le Professeur DELBET

M. le Docteur PIERRE DUVAL

M. le Docteur DUPUY DE FRENELLE

M. le Docteur QUEYRAT

M. le Docteur BOISSARD

M. le Docteur LÉOPOLD LÉVY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MAURICE LETULLE

Médecin de l'hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lareinfectionsyp0015vari

# La Réinfection Syphilitique

## INTRODUCTION

Depuis longtemps, la syphilis a pris place dans la grande classe des maladies infectieuses.

La découverte de Schaudinn en 1905 est venue donner raison une fois de plus à la clinique, et a singulièrement agrandi le cadre des manifestations syphilitiques. Sans parler des cas nombreux où les appareils cardio-vasculaire, hépatique, rénal, et le système osseux sont mis à contribution d'une façon incontestable, nous connaissons aujourd'hui les *dysthyroïdies syphilitiques* (1), plusieurs cas de *syphilis surrénale* (2), de *syphilis de l'estomac* (3) et de *l'urèthre*. M. Fournier a décrit sous le nom de *typhose syphilitique*, une syphilis maligne hypertoxique pouvant simuler la fièvre typhoïde. Dans cette forme, nous dit Dieulafoy (4), l'éruption secondaire éclate au milieu de symptômes qui rappellent tantôt

1. Lévy-Frankel, *Ann. mal. vénériennes*, juin 1911.
2. Galliard. Acad. méd., 6 juin 1911.
3. Baye. Thèse de Paris, 1911.
4. Dieulafoy. *Path. Int.*, t. IV.

l'invasion d'une fièvre éruptive, tantôt la fièvre typhoïde.

Il n'est pas exceptionnel d'ailleurs d'observer, au moment de l'apparition du chancre, des malaises, de l'inappétence, de la céphalée, en un mot, des symptômes analogues à ceux qui accompagnent l'invasion d'une fièvre éruptive. L'élévation légère de température accompagnant parfois l'apparition de la roséole est un fait connu.

Bien avant la découverte du tréponème, Metchnikoff et Roux obtinrent un véritable chancre par inoculation au singe, en particulier au *macacus rhesus*. Enfin Bertarelli, en Italie, et plus tard, Milian et Roussel, en France, ont pu obtenir une inoculation positive avec un produit syphilitique humain, dans le testicule du lapin, dix fois sur dix-sept dans les expériences de Milian et Roussel. Ces auteurs obtinrent même des inoculations en séries. Après eux, citons encore Thomazewski (1).

Contagion, incubation, invasion s'accompagnant parfois de phénomènes généraux et de température, engorgement ganglionnaire, complications viscérales, néphrite, endocardite, pleurésie, complications vasculaires telles que artérites et phlébites, complications nerveuses (névrites), présence d'un microorganisme spécifique, inoculation aux animaux, rien ne manque au tableau clinique pour faire de la

---

1. Thomazewski, *Dermatol. Zeitsh*, 1911, n° 1.

syphilis une maladie infectieuse, celle peut-être, dont le domaine est le plus étendu.

Comment se comportent donc en général les maladies infectieuses vis-à-vis des individus, en ce qui concerne leur avenir; en un mot, que penser de l'immunité acquise ?

Autrefois, il était de croyance générale que la plupart des maladies infectieuses, tout au moins en ce qui concernait les fièvres éruptives, ne récidivaient pas. On les divisait même en *maladies immunisantes* et *maladies non immunisantes.*

De nos jours, cette distinction tend à disparaître.

« Si, nombre de maladies infectieuses, nous dit Bouchard (1), confèrent l'immunité, cette immunité acquise est plus ou moins solide. »

Les récidives de *la variole* sont peu communes, et, quand elles ont lieu, ce n'est guère qu'à de longs intervalles ; témoin le cas célèbre de Louis XV : il contracta la variole à vingt ans et en guérit ; il la contracta de nouveau à soixante-quatre ans et en mourut.

Cependant on cite, à côté de cela, le cas du minéralogiste Naumann qui l'eut quatre fois. Il n'en est pas moins vrai que les récidives de variole à courte échéance sont fort rares.

« L'immunité conférée par *la vaccine* est moins durable que l'immunité post-variolique. On revaccine souvent avec succès les enfants de six ans (Glo-

---

1. Bouchard et Roger, *Médecine générale*, t. I.

gowski). Roger a même vu la disparition de l'immunité après seize mois. Les revaccinations pratiquées pendant la période scolaire, de huit à treize ans, donnent 15 à 25 o/o de succès ; celles de la période de service militaire, de 50 à 60 o/o » (1).

On connaît peu de cas de récidives *des oreillons ;* cependant Catrin évalue ces récidives à 6 o/o des cas.

On sait aujourd'hui combien est fréquente la récidive de la *rougeole*, et même de la *scarlatine*.

Ferrari nous donne le chiffre de 4 o/o des cas en ce qui concerne les récidives de la *fièvre jaune*.

On a cité les exemples de grands-parents ayant contracté la *coqueluche* dans leur jeune âge, atteints de nouveau de cette maladie, par suite du contact avec leurs petits-enfants coquelucheux.

L'immunité de la *fièvre typhoïde* est peut-être la plus constante, bien que nous ayons présent à la mémoire le cas d'un médecin, ayant subi une première atteinte de typhoïde à l'âge de vingt ans, et une seconde atteinte à l'âge de cinquante ans.

Enfin nous connaissons les *érysipèles* à répétition, et la fréquence des récidives de la *malaria*.

Et la *syphilis* peut-elle récidiver ? La question a été posée de longue date, tour à tour combattue et défendue.

C'est à en chercher une solution impartiale et basée sur les progrès de la syphiligraphie, que nous voulons consacrer ce travail.

---

1. Bouchard et Roger, *Médecine générale*, t. I.

# HISTORIQUE

Parce que Ricord avait écrit, que « non plus que la diathèse, l'induration ne se répète pas », longtemps l'on continua de jurer par lui que la vérole ne se doublait pas. Cependant, vers 1860, Ricord était revenu sur sa première déclaration, et admettait comme manifestes, trois cas de réinfection : le cas de Delestre et deux cas qu'il cite dans une note de la deuxième édition des « Leçons sur le chancre ».

Son élève, le professeur Fournier, écrivait quelques années plus tard : « Je crois à la récidive possible de cette maladie, — la syphilis, — et je pourrais même apporter à l'appui de cette opinion un fait encore inédit, qui me semble entouré de toutes les garanties possibles d'authenticité (1). »

En 1862, Diday, dans un remarquable mémoire publié dans *les Archives générales de médecine*, a émis et soutenu l'opinion qu'on peut avoir deux fois la syphilis.

C'est alors que les observations deviennent plus nombreuses. Lancereaux, Hardy, Follin, en pos-

1. Fournier, *Arch. gén. de méd.*, juin 1868.

session de faits qu'ils tiennent pour authentiques, se montrent convaincus de la possibilité de la réinfection.

D'autre part, Rollet, Vénot, Rodet, Masse, Boulogne, Rizet, Lemaire, Douaud, Pauly, Diday et Doyon, publient des cas non douteux de double vérole, prouvant que l'immunité ne couvre pas définitivement le syphilitique.

Jullien, Du Castel et nombre d'auteurs français se rangent à cette opinion.

Le mouvement réinfectionniste, qui avait pris naissance en France, n'avait pas tardé de faire des adeptes nombreux à l'étranger. En Allemagne, Klœbner (1872), en Angleterre, Gascoyen, rassemblent de nombreux cas et publient d'importants mémoires. Les auteurs anglais Hutchinson, H. Lee, Berkeley Hill, A. Cooper se montrent partisans convaincus; et Taylor, en Amérique, apporte à la cause la contribution de nombreux faits personnels, absolument probants. Les auteurs italiens se montrent, eux aussi, favorables à la réalité de l'extinction de l'immunité syphilitique : Scarenzio, C. Pellizzari, Salsotto, de Profeta, publient des documents de haute valeur. En Russie, les syphiligraphes Pospelow, Razumoff, Tarnosky se montrent partisans de la réinfection syphilitique. Enfin mentionnons, au nombre des réinfectionnistes, Thiry, en Belgique, Creus et Castelo y Serra, en Espagne, Halsund et Ehlers, en Danemark.

A côté de ces partisans convaincus, citons les

auteurs qui, à cette époque, regardent la réinfection syphilitique comme possible, mais qui la déclarent tellement rare, tellement difficile à prouver, qu'elle reste une quantité négligeable ; parmi eux, nous trouvons : Van Buren, Deyes, Lang, Mauriac, Broca, Hudelo.

M. Hudelo, dans un important mémoire, s'exprimait ainsi : « La loi de Ricord garde, aujourd'hui encore, toute sa légitimité ; c'est une règle absolue que la syphilis ne double pas. Que cette règle puisse subir des exceptions dans des cas excessivement rares, la chose est possible ; mais il s'en faut que tous les cas publiés de réinfection doivent être admis... » et plus loin : « Nous conclurons donc que tout syphilitique se trouve, du fait même de l'infection dont il est porteur, en état d'immunité absolue, et qu'il n'est ni réinoculable, ni réinfectable (1). »

En 1909, Hutchinson, Queyrat et Marcel Pinard publiaient nombre d'observations d'auto-inoculation et d'inoculation expérimentale positive chez des individus déjà syphilitiques antérieurement.

La même année, Marcel Pinard (2) publie deux observations de réinfection syphilitique ; Lenglet et Sourdeau (3) nous rapportent un cas des plus démonstratifs. Antérieurement, en 1885, Du Castel fait mention de deux anciens syphiliques avérés, se

---

1. Hudelo, *Ann. de dermat. et de syphiligraphie*, 1890.
2. Marcel Pinard, thèse de Paris, 1910.
3. Lenglet et Sourdeau, Soc. de Dermatol., 7 mai 1909.

réinfectant ; et le même auteur (1), en 1898, revoit un malade, qu'il avait soigné en 1892 pour « chancre suivi de plaques muqueuses », et chez lequel il diagnostique une seconde syphilis ; cette seconde syphilis était des plus authentiques et fut diagnostiquée par plusieurs syphiligraphes, entre autres, par M. Fournier lui-même.

Le Duff (2), en outre d'une observation personnelle, cite plusieurs observations prises dans le service de M. Gaucher. Citons encore les cas de Oplalek (3), de Bourgsdorf (4).

Après la découverte de l'agent spécifique de la syphilis, avec l'apparition de l'ultra-microscope qui permet de le déceler plus sûrement, les observations se font plus nombreuses et plus précises. La question, importante entre toutes, qui était de savoir si un individu avait eu réellement un premier chancre syphilitique, est maintenant résolue, si l'on a noté antérieurement la présence du tréponème dans l'exsudat de ce chancre.

Cependant jusqu'en 1910 les cas de réinfection syphilitique présentaient toujours un côté faible, ne répondaient pas à tous les desiderata, et cela indépendamment de la volonté des observateurs : l'on n'était pas encore assez bien armé pour répondre à la critique. Mais cet état des choses ne devait pas

---

1. Du Castel, Soc. de Dermatol., fév. 1898.
2. Le Duff, thèse de Paris.
3. Oplalek, *Wiener Klin. Voch.*, avril 1907.
4. Bourgsdorf, *Rousski Vratch*, 1908, n° 13.

durer. Vers le milieu de l'année 1910, M. Milian (1), écrivait : « L'immunité des syphilitiques vis-à-vis de la syphilis n'est pas aussi solide qu'on le croyait autrefois », et, à l'appui de sa thèse, cet auteur fut le premier, croyons-nous, à publier *deux observations de réinfection extrêmement précises et qui nous semblent indiscutables*. Dans un premier cas, il s'agissait d'un sujet dont la syphilis vieille de vingt mois avait été soignée par le mercure (2) ; dans le second, il s'agissait d'un sujet traité par le salvarsan (3), qui contracta une deuxième fois la syphilis de sa femme non soignée et couverte d'accidents secondaires.

Un troisième cas de réinfection, après traitement mercuriel, fut rapporté par le même auteur la même année (4).

On fit une très vive opposition à ces observations. Cependant leur réalité se trouva démontrée par la suite, car de nombreux auteurs publièrent des cas similaires :

En France, Brocq (5), Salmon (6), Jeanselme et Vernes (7), Jullien (8), Queyrat (9), etc... ; à l'é-

---

1. Milian. *Progrès médical*, mai 1910.
2. Milian, *Réinfection syphilitique et supersyphilisation* (*Progrès médical*, 28 mai 1910).
3. Milian, Société médicale des hôpitaux, 16 décembre 1910.
4. Milian, *Progrès médical*, mai 1910, p. 303.
5. Brocq, Soc. de dermato. et de syphilig., novembre 1911, n° 8.
6. Salmon, Soc. de l'Internat., octobre 1911.
7. Jeanselme et Vernes, Soc. de dermato. et de syphilig. 9 novembre 1911.
8. Jullien, *Bulletin médical*, 7 juillet 1912.
9. Queyrat, Soc. méd. des hôpitaux, décembre 1911 et 25 juillet 1913.

tranger, Stühmer (1), Krefting (2), John Fabry (3), Gutmann (4), Klaussner (5), Lœhe (6), etc.

En Italie, Giuseppe Mariani (7) publie *Contribution clinique et observations critiques pour l'étude des réinfections, superinfections et récidives syphilitiques à titre primaire.*

Enfin, en juillet 1913, à la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un malade présenté par M. Queyrat, M. Hudelo (8) reconnaît avec impartialité « qu'il est légitime ici de parler de réinfection ».

Après cette multitude de faits concordants, on pouvait croire que l'accord était fait entre les syphiligraphes et que la question de la réinfection était définitivement établie. Il n'en est pas tout à fait ainsi cependant, et certains auteurs parlent de *pseudo-chancre secondaire* avec accidents secondaires. Nous verrons, dans un chapitre spécial, ce qu'il faut penser de cette question.

Dechambre appréciant le cas de Delestre (*Gazette hebdom.*, 1860) (9) disait : « C'est un hasard heureux que les deux scènes se soient passées sous les yeux mêmes de M. Ricord », voulant dire par là que la

---

1. Stühmer, *Münch med. Woch.*, 1911, n° 17.
2. Krefting, *Deutch. med. Woch.*, 1911, n° 28.
3. John Fabry, *Mediz. klinik*, n° 31.
4. Gutmann. *Berlin. klin. Woch.*, 1911, n° 28.
5. Klaussner. *Münch. med. Woch.*, octobre 1911.
6. Löhe, *Berlin. Klin. Woch.*, mai 1913, n° 20.
7. Giuseppe Mariani, *Policlinico*, août 1913, fasc. 8.
8. Soc. méd. des hôpitaux, 25 juillet 1913.
9. Journeault. Thèse de Paris, 1894.

plupart de ceux qui n'ont pas vu, de leurs yeux vu, la réinfection syphilitique, sont et restent enclins à la rejeter, à la regarder comme impossible.

De même que nous avons vu Ricord revenir sur son opinion première après le fait de Delestre, et M. Hudelo avouer, devant un cas de M. Queyrat, « qu'il est légitime ici de parler de réinfection », de même verrons-nous peut-être, les derniers adversaires de la réinfection syphilitique, modifier leur façon de penser, devant des faits authentiques et bien étayés.

Et d'ailleurs pourquoi s'étonner de ce que cette grande maladie infectieuse se comporte de la même manière que les autres maladies infectieuses ?

# CHAPITRE PREMIER

## LA RÉINFECTION SYPHILITIQUE. — SA DÉFINITION

Qu'est-ce donc que la réinfection syphilitique ? Si nous nous en tenons aux données de M. Fournier, il faut admettre pour qu'il y ait réellement réinfection:

1° Un chancre induré avec adénopathie indolente, puis roséole ou autre accident secondaire — céphalée, alopécie passagère, lésions des muqueuses. —

2° Un silence complet pendant plusieurs années.

3° Un nouveau chancre induré survenu après un rapprochement suspect et accompagné d'adénopathie caractéristique, et après quelques semaines, une roséole ou un autre accident secondaire.

4° Enfin une confrontation.

Nous aurions garde de chercher ailleurs une autre définition de la réinfection syphilitique. Rappelons-nous cependant que M. Fournier énonçait ces quatre règles à une époque qui remonte à plus de vingt ans, et nous comprendrons que les perfectionnements de la syphiligraphie moderne permettent d'en discuter les détails, sans toutefois en changer le principe.

M. Fournier réclamait, lors de la première infection, la constatation d'une roséole ou autre accident secondaire.

Les cas sont rares où l'on ait vu des cures mercurielles intensives empêcher l'apparition de la période secondaire ; néanmoins il en existe. Et, s'il n'est pas démontré à l'heure actuelle que l'action du salvarsan soit telle qu'elle permette la *therapia sterilisans magna*, dont on avait parlé à son avènement, il faut cependant reconnaître qu'avec le 606, l'évolution des accidents est beaucoup plus rapide, et que la période secondaire est parfois tellement atténuée par le médicament, sinon empêchée (1), qu'elle peut passer inaperçue.

Peu importe. La connaissance du tréponème nous permet d'avoir moins d'exigences cliniques. Si nous avons constaté, à une date plus ou moins reculée, la présence de tréponèmes chez un malade, nous sommes sûrs, lorsqu'il se présente de nouveau devant nous, qu'il a eu autrefois la syphilis.

Nous ne pouvons exiger non plus un silence complet pendant plusieurs années entre les deux infections. Les malades étant, de nos jours, traités beaucoup plus énergiquement qu'autrefois, leur organisme doit se trouver logiquement plus rapidement stérilisé, et par conséquent apte à présenter les symptômes d'une seconde infection dans un laps de temps beaucoup plus court.

---

1. Leredde, Soc. de Derm. et de Syphil. 9 nov. 1911.

Pour ce qui est de la seconde atteinte de syphilis, la constatation d'un nouveau chancre induré, avec adénopathie correspondante, ainsi que la notion d'un contage suspect, sont indispensables. Mais devons-nous exiger l'apparition d'une roséole ou autres accidents secondaires quelques semaines après ? Nous avons vu qu'un traitement intensif, institué dès le début de la maladie, était capable d'empêcher l'éclosion de la période secondaire. Nous savons d'autre part qu'il n'est pas sans intérêt pour le malade d'être traité précocement.

Si les auteurs ont dû, dans un but scientifique, retarder ce traitement, afin de pouvoir assister à l'apparition d'une roséole dans toute sa netteté, ce ne pouvait être là une règle de conduite à appliquer toujours : l'intérêt du malade est en jeu. Cette expérience a fait ses preuves, et ne peut être renouvelée indéfiniment.

La confrontation, quand elle est possible, est toujours d'un précieux concours. C'est ainsi que nous verrons dans une observation publiée par M. Milian (1), un homme portant une lésion primaire du côté droit de la verge, confronté avec la *femme contaminante* qui présentait des plaques muqueuses sur la grande lèvre gauche. Malheureusement la confrontation ne dépend pas toujours de la volonté de l'observateur.

Tout en posant comme base au diagnostic de

1. Obs. VII.

réinfection syphilitique, les quatre règles de M. Fournier, en tenant compte de quelques remarques que nous avons cru devoir faire, nous avons actuellement d'autres éléments qui nous permettent de fonder ce diagnostic.

Nous poserons d'abord en principe qu'il ne pourra être question de réinfection syphilitique qu'à la condition que l'accident primaire de la seconde infection siège en un point différent de l'accident primaire de la première infection, car dans le cas contraire on peut toujours objecter qu'il s'agit d'un *chancre redux*. De plus, il faut qu'il se soit écoulé, entre les deux infections, un temps suffisant. Ce laps de temps, dont la durée est impossible à délimiter exactement, — cette durée étant forcément variable avec l'intensité du traitement et le tempérament individuel — devra cependant être assez prolongé pour permettre l'évolution et la guérison des accidents secondaires de l'infection première, ou une durée correspondant à cette évolution, s'il ne se produit pas d'accidents secondaires. Et cela, afin qu'on ne puisse pas objecter qu'il s'agit d'un accident secondaire chancriforme précoce. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser des accidents secondaires prolongés ou tardifs et des syphilides chancriformes.

Ceci posé, les données sur lesquelles nous voulons insister sont les suivantes :

1° L'examen clinique du chancre ;

2° L'examen ultramicroscopique qui nous révélera l'examen des tréponémes pâles ;

3° L'adénopathie correspondante qui accompagne toujours le chancre syphilitique ;

4° La réaction de Wassermann à laquelle l'expérimentateur rompu accorde une juste valeur ;

5° La notion du contage.

a) *Étude clinique du chancre.* — Après une incubation de quinze à trente jours, le chancre syphilitique se présente sous un aspect qui est différent à la peau et aux muqueuses. « A la peau, il se recouvre d'une croûte, aux muqueuses, d'un enduit diphtéroïde.

Sur les muqueuses, le chancre syphilitique prend une teinte de couleur sombre rappelant la teinte de *chair musculaire.* L'ulcération est plus apparente que réelle, car elle est formée aux dépens de tissus qui font souvent saillie : c'est en réalité une *érosion.* Ses dimensions sont variables ; ses contours sont adhérents, épais, en couronne, réguliers, ne présentant jamais les segments qui forment le contour polycyclique de l'herpès. Les bords ne sont pas, en général, taillés à pic. Le fond du chancre est lisse, verni, luisant, parfois grisâtre et diphtéroïde ; mais il suffit d'enlever la pellicule membraneuse qui le tapisse pour donner au fond du chancre son apparence rougeâtre avec saillies papillaires. La sécrétion du chancre est séreuse, peu abondante, il repose sur une base dure. La cicatrice se fait en trois, quatre ou cinq semaines.

Le chancre de la peau s'élargit, devient saillant et

s'encroûte, prenant souvent les apparences de l'ecthyma ; il n'y a pas de bords et la base est indurée (1). »

Voilà pour les caractères cliniques du chancre syphilitique.

b) *Étude microscopique.* — La présence du tréponème pâle dans l'accident de seconde infection, qui, d'après Lenglet et Sourdeau (2), pourra faire défaut sur un terrain encore en état d'immunité relative, doit être mise en évidence. Cette constatation permet d'éliminer le chancre mou, et l'ulcération tertiaire chancriforme où l'on trouve bien rarement l'agent spécifique de la syphilis.

Dans les syphilis secondaires chancriformes on trouve en général le tréponème en beaucoup plus grande abondance que dans le chancre. Il y a d'ailleurs d'autres caractères qui permettent de différencier ces deux lésions, comme nous le verrons dans un autre chapitre.

c) *Adénopathie primaire.* — *L'adénopathie correspondante accompagne toujours le chancre syphilitique ;* cette adénopathie correspondante est absente dans la syphilide chancriforme, et l'on constate en général, dans ce cas, l'existence d'adénopathies multiples. On ne la trouve pas dans ces petites ulcérations chancriformes qui ne sont autres que des lésions herpétiques. Elle a l'allure bien spéciale du

1. Dieulafoy, *Path. int.*
2. Lenglet et Sourdeau, Soc. de dermat., 7 mai 1909.

bubon s'il s'agit d'un chancre dû au bacille de Ducrey. La pléiade ganglionnaire indolore, dont l'un des éléments est plus volumineux que les autres, siégeant du côté de l'ulcération, parfois bilatérale, formée de ganglions de la grosseur d'une amande, mobiles sous la peau et sans aucune tendance à la suppuration, tel est le propre de l'adénopathie accompagnant le chancre syphilitique.

Dans l'adénite aiguë banale, on constate de la douleur ; la résolution se fait en quelques jours, ou bien la région s'empâte, rougit, et tend à s'abcéder (adéno-phlegmon). Les ganglions tuberculeux sont mobiles sous la peau au début ; mais notons que, en outre de l'absence de plaie voisine, l'évolution se fait lentement vers une sclérose de guérison ou bien vers la caséification et la fistule consécutive.

d) *Étude sur la réaction de Wassermann.* — « On dit couramment que la réaction de Wassermann peut rester négative à toute période active de la syphilis. La vérité est que cette réaction est des plus sûres quand elle est pratiquée par un bon opérateur ; les résultats erronés qu'on lui attribue résultent de fautes de technique. Des réactions faites en séries pour 100 malades suivis de près dans le service, nous ont permis d'établir 100 courbes d'étude qui démontrent à quel point la réaction de Wassermann, appliquée au traitement de la syphilis, peut éclairer le médecin (1). »

1. Jeanselme et Vernes, *Paris médical*, 2 mars 1912.

Ces faits ont été mis en évidence tout d'abord par Levaditi, Laroche et Yamanouchi (1), et confirmés depuis par de nombreux observateurs.

« Il résulte de l'expérience actuelle de tous les auteurs qui ont pratiqué la réaction de Wassermann, que cette réaction a une très grande valeur dans le diagnostic de la syphilis (2). »

Certains auteurs avaient mis en doute la valeur de la réaction de Wassermann, parce que, dans certains cas de chancres traités par le 606, ils avaient vu cette réaction devenir positive, alors qu'elle était négative avant le traitement. Mais M. Milian (3) a montré que ce fait est d'une extrême fréquence et possède une tout autre explication. Quand la réaction de Wassermann a disparu, après un traitement quelconque, on peut, surtout si on laisse écouler un certain temps, réveiller cette réaction en renouvelant le traitement sous la forme d'une injection intraveineuse de 606. C'est la *réactivation biologique de la réaction de Wassermann*, encore appelée réaction de Milian-Gennerich. A l'appui de cette assertion nous en donnons un exemple dans notre observation XXI.

Nous voyons qu'actuellement on accorde une grande valeur, comme élément de diagnotic, à la présence ou à l'absence de la réaction de Wassermann.

---

1. Levaditi, Laroche et Yamanvuchi, Soc. de biologie., mai 1908.
2. Milian, *Paris médical*, mars 1912.
3. Milian, Soc. de dermato. et syph., 6 juillet 1911.

Blaschko (Congrès de Budapest, septembre 1909) se basant sur 10.000 réactions effectuées dans tous les pays, établit que la réaction de Wassermann diminue en cours de traitement pour finir par devenir négative. Lesser a publié une statistique de 23 cas dans lesquels cette réaction, positive avant le traitement, était devenue négative après la cure.

Il faut insister sur ce fait que la réaction de Wassermann est *négative lors de l'apparition* du chancre et ne devient positive que plusieurs jours après ; et que d'autre part il est habituel de la trouver constamment *positive au cours des accidents secondaires.* Ceci nous permet, si toutefois nous recherchons cette réaction dès le début de l'accident, de *différencier un accident primaire d'un accident secondaire chancriforme.*

Notons aussi qu'on peut quelquefois trouver un Wassermann positif, en faisant un examen de sang chez un hérédo-syphilitique.

e) *Notion du contage.* — Enfin, les commémoratifs ont une grande importance. Nous apprenons ainsi qu'un malade a eu des rapports sexuels, en général suspects, à une date correspondant à un temps d'incubation qui cadre avec la lésion qu'il nous est donné de constater. Nous apprenons de même, par la relation d'un traitement antérieur, la maladie que semble avoir présentée autrefois le sujet.

## CHAPITRE II

### RÉINFECTION ET AUTO-INOCULATION

Nous devons distinguer de la réinfection, l'auto-inoculation syphilitique, qui peut se faire directement ou à distance. Dans le premier cas, le second chancre prend naissance, à la faveur d'une excoriation, en un point où vient appliquer le premier chancre. Par exemple un chancre de la pointe de la langue survenant trois semaines après un chancre de la lèvre, voilà un cas d'auto-inoculation directe.

Dans le cas d'auto-inoculation à distance, il s'agit par exemple d'un malade qui, ayant touché son chancre de la verge avec ses doigts, porte ensuite ceux-ci imprégnés de virus à ses lèvres.

Dans toutes les observations (Diday, Tacewicz, Cullerier, Lesué, Barthélemy, Queyrat, etc.) (1) qui ont été rapportées sur ces cas d'auto-inoculation directe ou à distance, nous voyons que le second chancre apparaît en moyenne de quinze jours à trois semaines après le premier ; ce second chancre se montre alors

1. Marcel Pinard, Thèse de Paris, 1910.

que le premier n'est pas encore cicatrisé. On ne peut confondre ces cas d'auto-inoculations avec des réinfections. Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'admettons la réinfection que s'il s'est écoulé entre les deux ulcérations chancreuses un temps suffisant, que nous évaluons à deux mois au moins, c'est-à-dire un laps de temps permettant l'évolution normale des accidents secondaires de la première infection.

## CHAPITRE III

### RÉINFECTION ET SUPERSYPHILISATION

« A côté de faits où il y a réinfection syphilitique nette avec lésion au point d'inoculation, il me semble qu'il existe des cas de réinfection sans manifestation objective au point d'absorption du virus, véritable *supersyphilisation* pour employer une terminologie appliquée par M. Carnot à la tuberculose sous le nom de supertuberculisation. J'ai vu, en effet, un médecin, syphilitique depuis dix ans, présenter, trois semaines après un coït avec une femme qu'il reconnut, au moment même du coït, atteinte d'accidents secondaires, mais qu'il ne crut pas devoir repousser, se sachant vacciné, une dizaine de petites papules squameuses, typiques, disséminées dans la région du dos, en même temps qu'il se plaignait d'une céphalée assez vive, symptômes qui disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel que je lui conseillai, mais qui l'avaient alarmé, car il n'avait plus d'accidents depuis longtemps (1). »

Reprenant l'opinion de M. Milian, M. Marcel

1. Milian. *Progrès médical*, mai 1910.

Pinard écrivait deux ans plus tard : « il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'une introduction de tréponèmes étrangers chez un syphilitique passe inaperçue et s'accompagne ensuite d'accidents ultérieurs, sans avoir déterminé de réaction appréciable au point d'introduction du virus » (1).

On voit que pareils faits ne peuvent pas être confondus avec de véritables réinfections, puisqu'il n'y a pas constatation d'accident primaire.

---

1. Marcel Pinard, *Paris médical*, mars 1912.

## CHAPITRE IV

### RÉINFECTION SYPHILITIQUE ET ACCIDENTS CHANCRIFORMES

Le professeur Fournier, dont la science syphiligraphique est universellement reconnue, a dit et dit encore qu'il n'a jamais observé, au cours de son existence, de cas de réinfection syphilitique. Tous les accidents considérés comme tels sont tous, d'après lui, entachés de deux sortes d'erreur: *a*) erreur de diagnostic ou défaut de certitude au sujet de la première syphilis ; *b*) *accident chancriforme et non chancre* au sujet de la seconde.

Les moyens d'investigation actuels, dont la recherche du tréponème et la réaction de Wassermann constituent les deux principaux éléments, permettent aujourd'hui une certitude absolue au sujet de la première syphilis. Et l'expérience accumulée permet de reconnaître avec sûreté les caractères cliniques d'une nouvelle infection. Aussi a-t-on, depuis quelques années, pu reconnaître avec certitude des cas indiscutables de réinfection syphilitique.

De nombreux auteurs ont publié des observations

authentiques et concordantes : Milian, Brocq, Salmon, Jeanselme et Vernes, Jullien, Queyrat, etc., en France; Stühmer, Schreiber, Krefting, à l'étranger.

Après ce grand nombre de faits similaires, on pouvait croire que l'accord était fait entre les syphiligraphes et que la question de la réinfection était définitivement établie. Il n'en est pas tout à fait ainsi, cependant. Certains auteurs, reprenant l'argument de la lésion chancriforme, nient encore la réinfection ou semblent croire que toutes les observations publiées sont passibles de cette objection.

Ils raffermissent d'ailleurs l'argument, en disant que ces *accidents chancriformes peuvent être suivis d'accidents secondaires*, ce qui rendrait d'ailleurs, *si cela était exact, toute distinction impossible entre le chancre et la lésion chancriforme.*

Le mémoire qui a servi à édifier la théorie du pseudo-chancre secondaire avec accidents secondaires, est celui de Friboës.

Si les auteurs, qui en font état, avaient analysé avec soin les observations contenues dans ce mémoire, au lieu de se reporter à un résumé analytique de quelques lignes d'un journal français, ils auraient pu facilement se convaincre que rien, dans les observations de Friboës, ne permet un seul instant de les comparer à la réinfection.

Voici la traduction des observations de Friboës dans ce qu'elles ont d'essentiel.

Cas I.— H..., vingt-huit ans.

31 décembre 1909. — Coït.

19 janvier 1910. — Coït.

31 janvier. — Chancre à tréponèmes apparu au cours d'une blennorragie. Cure d'injections de calomel du 31 janvier au 29 mars ; une à 0 gr. 08 ; trois à 0 gr. 06 ; dix à 0 gr. 05. En tout 0 gr. 76.

3 Juin. — Quelques papules sur la couronne du gland, sur l'épaule droite, croûte de la dimension d'une pièce de 5 pfennigs entourée d'une zone rouge qui, au dire du malade, aurait précédé les papules du gland.

Wassermann = 0

17 Juin. — Wassermann = 0

Calomel 0 gr. 10.

25 juin. — La croûte est tombée. On voit à la place un infiltrat brun, livide, de la dimension d'une pièce de 10 pfennigs avec une surface ulcérée, humide, *cupuliforme*, qui ressemble à un accident primaire.

Pas de ganglions apparents dans l'aisselle ou au cou.

Taches de roséole sur le tronc de la dimension d'une lentille à une pièce de 5 pfennigs. Calomel, 0 gr. 10.

1er juillet. — Roséole effacée. Calomel, 0 gr. 10.

12 septembre. — Papules du gland.

20 septembre. — Roséole abondante, traitée par frictions, donne, quatre jours après, une forte réaction de Herxheimer, et disparaît au dixième jour.

Cas II. — H..., vingt-sept ans.

15 mars 1910. — Chancre uréthral. Ganglions inguinaux.

24 mars. — Wassermann ++++.

30 mars. — Injection intra-musculaire de 0 gr. 30 de 606.

1er avril. — Quelques taches suspectes sur le tronc.

14 avril. — Angine spécifique.

18 avril. — Papules au front et au visage.

22 avril. — 0 gr. 30 de 606 intra-musculaire.

21 juillet. — Avant-bras gauche : croûte de la dimension d'une lentille sur un infiltrat.

Pas de tréponèmes. Wassermann ++++.

17 août. — Nombreuses papules sur le scrotum existant depuis le commencement d'août.

3 septembre. — Abondante roséole.

5 septembre. — 0 gr. 60 de 606 intra-musculaire. Guérison.

Cas III. — F..., vingt-trois ans.

13 juin 1910. — Érosion à la commissure postérieure des grandes lèvres. Pas de tréponèmes. Céphalée. Scléradénites multiples. Wassermann ++++.

12 injections de 0 gr. 01 de salicylate de Hg jusqu'au 12 août.

Mi-septembre. — Sur le dos, la poitrine, les bras, abondantes papules et pustules d'acné. Sur les cuisses nombreuses taches pigmentaires, reliquat de syphilides. A la paume de la main droite, reste de syphilide palmaire.

Ganglions cervicaux de la dimension d'un haricot. Ganglion préauriculaire gauche fortement augmenté de volume et douloureux. A la paupière inférieure gauche, ulcération du volume d'une lentille, peu profonde, infiltrée, dure, à pourtour infiltré. On y trouve du tréponème. Wassermann ++++.

12 octobre. — Injection intra-musculaire de 0 gr. 50 de 606.

24 octobre. — La syphilide papuleuse s'est réformée.

15 novembre. — Céphalée. 3 grammes de calomel par jour.

Cas IV. – Anna Sch..., vingt-quatre ans.

Juillet 1910. — Eruption de taches rouges sur le corps, forte inflammation de la gorge, surtout de l'amygdale droite. 606 intra-musculaire. Guérison rapide.

Janvier 1911. — Exanthème maculeux. Papules abondantes sur les grandes lèvres. Hypertrophie des amygdales surtout à gauche où la surface est blanc grisâtre. Consistance assez dure tandis que la droite est molle. Tréponèmes sur l'amygdale gauche. Multiples adénopathies indolentes ; mais les ganglions cervicaux sont avant tout hypertrophiés, à gauche plus qu'à droite. En outre, à gauche ces ganglions sont évidemment douloureux.

L'accident chancriforme de la première observation ne peut à aucun instant être confondu avec un chancre. C'est un type de syphilide ulcéro-croûteuse absolument comparable avec sa surface « cupuliforme » à ce qu'on observe dans la syphilis maligne précoce. D'ailleurs, ce pseudo-chancre n'était pas accompagné d'adénopathie (pas de ganglions apparents dans l'aisselle ou au cou).

Ce pseudo-chancre de l'épaule était d'ailleurs accompagné d'autres accidents secondaires « papules du gland » et la roséole qui le suivit survint ou fut constatée, vingt-deux jours après lui, ce qui est loin des quarante-cinq jours qui séparent le chancre de la roséole.

La tendance de cette syphilis aux rechutes de roséole est d'ailleurs prouvée par la suite de l'observation, puisque deux mois et demi après survenait

une autre roséole malgré le traitement aux piqûres de calomel.

Nous pouvons faire les mêmes remarques pour le cas II : pas de ganglions correspondants ; nombreuses papules scrotales contemporaines.

Dans le troisième cas, l'auteur rapporte l'existence de scléradénites multiples ; nous sommes loin de l'adénite correspondante qui est le fait du chancre syphilitique. Enfin le Wassermann pratiqué aussitôt donne un résultat très positif (++++) alors que dans le chancre il ne devient positif qu'au bout de quelques jours.

Le dernier cas nous offre encore ce caractère de présenter des adénopathies multiples. De plus, cet accident chancriforme est accompagné d'autres manifestations syphilitiques : exanthème maculeux, papules abondantes sur les grandes lèvres.

Dans aucun de ces cas il n'est fait mention de la notion du contage, et pour cause.

Pour celui qui sait ce qu'est la réinfection syphilitique, qui en a présente à la mémoire la définition, et en a observé des cas authentiques, pas un seul instant la lecture des observations de Fribœes ne fera songer à des cas de réinfection.

Appelons cela des accidents secondaires prolongés, des syphilides chancriformes tardives, et classons-les comme tels.

Il faut, une fois qu'on a admis une définition, posé des règles, ne plus s'en écarter; autrement aucune entente ne devient posibles.

Il existe, ce n'est pas douteux, des accidents *secondaires et tertiaires chancriformes* qui, au premier abord, semblent en imposer pour une seconde syphilis. Et c'est ainsi qu'il a pu se glisser des erreurs dans les observations anciennes. Mais on sait aujourd'hui que ces accidents chancriformes se distinguent des chancres de réinfection par plusieurs caractères dont deux principaux :

*a*) Par l'absence *d'adénopathie correspondante ;*

*b*) Par la coexistence habituelle d'autres accidents syphylitiques de la période correspondante, tels que : céphalée, insomnie, lésions buccales, *adénopathies multiples* (scléradénites généralisées des Allemands). Nous insisterons sur ce fait que les syphilides sont très rarement isolées et qu'on peut admettre qu'elles s'accompagnent, en règle générale, d'autres syphilides ou accidents correspondants. Comme nous dit M. Queyrat (1) à propos d'un cas qu'il rapporte : « S'il s'agissait de syphilides chancriformes, nous devrions trouver d'autres syphilides ailleurs, or il n'en existe nulle part. »

L'adénopathie est très caractéristique : on trouve des ganglions un peu partout, au lieu « du ganglion satellite, apanage du chancre » (2).

Ajoutons à ces caractères qu'on ne trouve pas dans la syphilide chancriforme, la notion d'un contage, suivi d'une période d'incubation normale.

---

1. Queyrat, Soc. méd. des Hôpitaux, 29 décembre 1911.
2. Belin, Milian et Amaudrut, Soc. méd. des Hôpitaux, 23 fév. 1912.

Enfin, la réaction de Wassermann se comporte différemment dans la syphilide secondaire et dans le chancre. Dans le premier cas, elle est positive dès l'apparition de l'accident; dans le second cas, elle ne devient positive que quelques jours après l'apparition de l'accident.

Par contre, nous réserverons le nom de réinfections syphilitiques aux cas où se développe une seconde syphilis dans des conditions identiques à la première, c'est-à-dire :

*a*) Notion d'un contage ;

*b*) Période d'incubation de quinze à trente jours ;

*c*) Existence d'un chancre typique avec *adénopathie correspondante ;*

*d*) Développement d'accidents secondaires à l'échéance habituelle.

## CHAPITRE V

### OBSERVATIONS

Depuis quelques années les observations de réinfection syphilitique se sont faites de plus en plus nombreuses, et surtout de plus en plus précises. Les observateurs se sont appliqués à soumettre leurs malades à une médication énergique dès la première infection, ce qui leur a permis, dans quelques cas, de voir apparaître une seconde infection après un temps relativement court. Ils se sont entourés de toutes les certitudes que peuvent leur fournir les examens de laboratoire : ultramicroscope, réaction de Wassermann, inoculation aux animaux.

L'étude de leurs travaux de ces dernières années et des faits qui nous ont été rapportés, semble devoir solutionner cette question de la réinfection syphilitipue, si souvent controversée, et si importante tant au point de vue de la pathologie générale qu'au point de vue de la thérapeutique.

## OBSERVATION I

*Un cas de réinfection syphilitique avec présence de tréponèmes* (1), par le Dr W. Th. Burgsdorf de Kazan.

Le 15 janvier, vint chez moi un jeune étudiant de vingt-six ans, de l'université de Kazan, chez lequel, après un rapide examen, je vis, sous le prépuce, au niveau du sillon balano-préputial, une surface surélevée qui se distingue à peine par sa coloration des tissus environnants. Par le toucher, on pouvait sentir sous le prépuce une infiltration limitée, ovale, très dure, douloureuse et de la grosseur d'un grain de raisin. En faisant décalotter le malade, on trouvait une érosion nette de forme triangulaire et coloration rouge vif à surface lisse. Cette érosion qui était recouverte d'une petite quantité d'un écoulement séreux, sans mélange de pus ni de sang, occupait le milieu de la partie postérieure du sillon balano-préputial, et avait une longueur de 1 cm. 9. Immédiatement en arrière de cette érosion, le prépuce retourné présente un bourrelet en forme d'arc, qui s'étend sur le sillon balano-préputial sur une longueur de 1 cm. 3. La palpation, douloureuse, montre que ce bourrelet est dur et que l'infiltration s'étend dans la profondeur du corps caverneux. *Adénopathie inguinale droite et gauche.* Sur la peau et les muqueuses, rien d'anormal.

L'anamnèse nous apprit que le malade, le 20 décembre 1907, après trois coïts suspects avec des femmes différentes, remarqua une légère rougeur dans le sillon balano-préputial, à laquelle succéda, au bout de quatre jours, une ulcération

1. *Klin. therap. Woch*, 1908, n° 12.

suintante. Ceci amena le malade le 27 décembre chez le Dr Ruckavischnikof, chez qui il avait terminé, le 16 novembre précédent, trois séries d'injections sous-cutanées de mercure contre une syphilis primaire.

Ceci rendait plus difficile le diagnostic de la maladie actuelle, si bien que le Dr Ruckavischnikof lui recommanda simplement un traitement local au chlorure de zinc.

Le 9 janvier il avait été ordonné au malade des pilules mercurielles (0,01 de protoiodure), 3 à 6 par jour ; le malade prit 51 pilules.

Pendant ce temps, l'ulcération augmentait, et l'induration, qui, au commencement, était peu prononcée, devenait considérable.

Alors le malade vint me consulter le 15 janvier 1908, et je considérai la maladie actuelle comme une ulcération typique Ce diagnostic était d'autant plus délicat que, suivant les données du malade, et celles du médecin traitant, *la première infection avait eu lieu en septembre 1906*. Sur la première maladie il fut dit ceci : au milieu de septembre 1906, dix-huit ou vingt jours après un coït suspect avec une femme qui avait infecté un de ses camarades au bout d'un temps analogue, parut dans le sillon balano-préputial une induration qui alla toujours en augmentant ; sans cependant incommoder le malade. Deux semaines après, le malade remarquait une *adénopathie inguinale*. Cela le conduisait chez le Dr Ruckavischnikof qui diagnostiqua une ulcération indurée du sillon balano-préputial avec adénopathie inguinale double.

Le 30 novembre, après indisposition, céphalée et fièvre légère, apparut une *roséole syphilitique* qui fut suivie de rougeur dans le pharynx et d'alopécie. Les premières taches

présentaient la grandeur d'un ongle du petit doigt sur la moitié du tronc. Puis l'exanthème s'étendit et envahit bientôt les hanches et les mains. Les ganglions inguinaux étaient à ce moment tellement augmentés de volume qu'ils étaient perceptibles à la vue et rendaient la marche douloureuse. A ce jour, le malade reçut une injection de 1/2 cm³ de salicylate de mercure, et par la suite 40 injections semblables ; il avait pris entre temps 70 grammes d'iodure de potassium. Après une semaine de traitement, la roséole disparut, et l'état de santé s'améliora. A peu près à la moitié du temps de traitement, l'ulcération se cicatrisa et laissa seulement une petite induration sur le côté droit du sillon balano-préputial. A la fin du traitemeut les ganglions inguinaux diminuèrent. Au 15 avril, l'ulcération était plus reconnaissable au changement de coloration à la peau qu'à la palpation.

Nous sommes en 1907 ; il a été peu publié jusqu'alors d'observations de réinfection, et le Dr Burgsdorf hésite devant ce second chancre, d'autant que cette seconde infection survient précocement, quatorze mois à peine après la première. L'existence d'une première syphilis est indiscutable : notion d'un contage suspect, caractères cliniques d'un chancre syphitique *suivi de roséole*. Quant à la seconde infection, le Dr Burgsdorf en fait une « ulcération typique » avec *adénopathie correspondante*.

La même année, nous trouvons une observation du Dr Pawlow.

## OBSERVATION II

*Un cas de réinfection syphilitique*, par le Dr Pawlowf

C. de K..., dix-huit ans, forte constitution. Père alcoolique, lui-même boit beaucoup.

A la fin de septembre 1897, il a eu un chancre dur du prépuce avec éruption papuleuse, au sujet duquel il est entré dans le service syphilitique de l'hôpital militaire de Moscou, où on lui a fait 17 injections de sublimé à 2 o/o. Le malade vient me consulter le 18 février 1898 présentant « angina erythematosa papulosa » bilatérale. En avril 1898, 15 injections de la même solution ; en juin, 13 injections.

A la suite d'une adénite inguinale et d'adénite cervicale, il a pris 1 gramme par jour d'iodure. Le 28 octobre 1898, plaque sur la langue avec adénopathie sous-maxillaire gauche.

En décembre, 18 injections de salicylate de mercure.

En 1899, le malade venait se montrer, mais aucune manifestation syphilitique.

En été 1899, il a eu 12 injections de salicylate de mercure.

En été 1900, même traitement.

En été 1901, même traitement.

18 novembre 1902. — Le malade est venu se consulter à moi pour une papule érosive au niveau du scrotum, à la suite de quoi il a eu, au mois de janvier 1903, 13 injections de sublimé à 3,5 o/o.

Pas de traitement jusqu'en 1906, n'ayant présenté aucune manifestation syphilitique. Malgré tout, il poursuivit son traitement en prenant 12 injections de sublimé à 3,5 o/o et 37 bains sulfureux.

Le malade est revenu le 30 octobre 1907, présentant sur le prépuce quatre papules érosives nettement limitées à la base par une induration parcheminée, et présentant un suintement de sérosité.

*Pléiade ganglionnaire à l'aine droite*, indolore. Le malade avoue avoir eu des rapports sexuels quelques jours avant ; impossible d'avoir d'autres renseignements, le malade étant sous l'influence d'abus d'alcool.

En présence de ces symptômes je pensais qu'il s'agissait d'une réinfection syphilitique. A l'examen de la sérosité, le Dr Blumental a trouvé les typiques *tréponèmes*. Application de pommade au calomel.

5 octobre. — Les papules ont augmenté de volume et sont devenues plus dures.

13 octobre. — Les papules sont guéries, mais les indurations parcheminées persistent. Les ganglions d'abord en chapelet, sont ensuite nettement limités, durs, de la dimension d'une fève.

Application sur les chancres et les ganglions d'emplâtre mercuriel.

26 octobre. — Diminution de l'adénopathie.

6 novembre. — Une douzaine de papules lenticulaires sur les membres supérieurs, sur le front (corona veneris). Injection de 1 centimètre cube de sublimé à 4 o/o.

14 novembre. — Trois injections. Disparition des papules.

23 novembre. — Six injections.

1er décembre. — Sept injections. Adénopathie inguinale presque disparue.

12 décembre. — Dix injections. Inflammation des glandes sublinguales.

21 décembre. — Douze injections. Adénopathie cervicale.

Au commencement de janvier 1908, voulant fortifier le malade qui présentait du tremblement alcoolique et de l œdème. je lui ai fait huit injections d'atoxyle de 0,75 à 0,5 par injection. Bons résultats.

16 février 1908.— Hyperhémie et inflammation de la gorge.

20 février. — Sur le prépuce et l'épaule gauche se trouve une papule lenticulaire avec une légère adénopathie inguinale droite et sublinguale gauche.

12 mars. — Trois injections. Les anciennes papules ont disparu, mais au niveau de l'aile gauche du nez, une nouvelle papule.

22 mars. — Cinq injections. Aucune manifestation de syphilis.

Au mois de mai, douze injections. Ensuite le malade est parti à Riga dans un sanatorium des alcooliques.

Cette observation nous montre une première atteinte de syphilis nette, soignée de façon sérieuse et continue pendant près de cinq années ; puis une période de silence absolu qui dura de janvier 1903 à octobre 1907, pendant laquelle l'on n'observa aucune manifestation syphilitique, ce qui n'empêcha pas d'instituer quelques cures de sublimé par voie sous-cutanée. Neuf ans après la première atteinte, nous assistons à l'apparition de *chancres consécutifs à des coïts suspects*. Le microscope y révèle la *présence de tréponèmes ; l'adénopathie est caractéristique*. Enfin, au bout d'un temps normal, *la roséole apparaît*, et plus d'un an après, l'on put constater la présence de deux lésions qui n'étaient autres que

des syphilides secondaires tardives ou des petites gommes.

## OBSERVATION III

*Accidents secondaires prolongés ou réinfection syphilique* par Alex. Renault (1).

Veuillez jeter un coup d'œil sur la région péno-scrotale. Vous apercevrez, le long de la face postérieure du fourreau et à la face antérieure des bourses, des papules humides qui ont tous les caractères des syphilides papulo-érosives. Au milieu de ces plaques, on découvre assez difficilement mais néanmoins avec netteté, une cicatrice qui, au dire du malade, est le reliquat d'une ulcération antérieure aux syphilides actuelles, ulcération superficielle et assez étendue. Cette perte de substance devait être un chancre syphilitique, et nous sommes aujourd'hui en présence d'accidents secondaires banaux, en d'autres termes, d'une syphilis dont l'existence ne doit pas excéder quelques mois.

Mais voici ce que nous raconte le malade : Il y a huit ans, habitant Roanne, il aurait été atteint d'un chancre, réputé spécifique, et suivi d'ailleurs, dans les délais habituels, de roséole et d'angine. Le médecin, alors consulté, lui a prescrit des pilules mercurielles et pendant deux années le traitement a été très régulièrement exécuté.

Depuis, il s'est reproduit, à divers intervalles, quelques accidents traités tantôt par le mercure seul, tantôt par le mercure combiné à l'iodure.

---

1. Alex. Renault, *Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1908.

C'est au mois de septembre dernier qu'est apparue, sur le fourreau, l'ulcération dont nous trouvons aujourd'hui la cicatrice, et, peu après la réparation de celle-ci, sont survenues les syphilides papulo-érosives que je viens de vous montrer.

M. Fournier nous a appris que, bien que rarement, les syphilides papulo-érosives peuvent récidiver jusqu'à sept et huit ans après le début de la syphilis.

M. Balzer nous dit : « Il est rare, mais non exceptionnel, d'observer des syphilides papulo-érosives tardives de la peau de la verge et du scrotum. J'en ai vu deux fois : elles s'étaient produites seize et dix-huit ans après le début de la syphilis. »

Nous devons faire remarquer que ces retours tardifs de syphilides papulo-érosives se produisent en général sous l'influence d'une cause provocatrice. Par exemple, sous l'influence du tabac, réapparaissent des syphilides buccales. La localisation des syphilides, chez le malade dont il vient d'être question, ne permet pas de saisir aisément la cause provocatrice.

La question ne peut être tranchée d'une façon absolue, du moment qu'il n'a pas été donné à l'observateur d'examiner l'ulcération qui a précédé l'apparition de ces syphilides. Un fait est certain, c'est que ce malade a eu autrefois la syphilis — ulcération chancreuse suivie dans les délais habituels de roséole et de chancre, — mais un doute subsiste au sujet de la cicatrice actuelle.

## OBSERVATION IV

*Réinoculation syphilitique chez un ancien syphilitique* (1).

Un homme âgé de vingt-sept ans, contracta la syphilis il y a sept ans.

L'auteur, qui soignait ce malade, constata un chancre induré préputial suivi d'accidents secondaires (polyadénopathie inguinale, double, indolente, ganglions de la nuque, roséole, plaques muqueuses de la bouche, et génitales). L'auteur soigna ce malade qui fut débarrassé de ces accidents, au bout de plusieurs mois. Le traitement fut méthodiquement continué pendant quatre ans.

Il y a quatre mois, ce même malade revint voir l'auteur pour une ulcération au prépuce, de siège différent de l'ancienne lésion. C'était un *chancre induré nouveau* avec une *adénopathie inguinale*.

Remis au traitement, le malade vit son nouveau chancre guérir en trois semaines. Quarante jours après le début du chancre, apparurent une *roséole non douteuse*, de forme érythémateuse, et quelques syphilides érosives des amygdales et des piliers antérieurs du voile.

Le terme de « réinoculation » employé par l'auteur, ne prête évidemment pas à confusion. Aujourd'hui nous disons « réinfection », afin de séparer nettement les cas qui s'y rapportent de ceux qui ont trait

---

1. M. Abeille, *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, 15 sept. 1900.

à une auto-inoculation et dont nous avons parlé plus haut.

Dans le cas qui précède, il s'est écoulé une période de quatre années entre les deux chancres; par conséquent aucun doute ne subsiste.

Nous avons ici *deux chancres*, *deux roséoles*, *deux séries de plaques muqueuses*, *évoluant à plusieurs années de distance*.

## OBSERVATION V

*Réinfection syphilitique*, par le Dr Milian (1).

Le nommé D..., palefrenier, âgé de vingt-sept ans, se présente à la consultation du soir à Ricord le 31 mars 1910, avec une écorchure à la verge qui date, d'après ses dires, de quinze jours. Cette écorchure ovalaire, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, régulière, sans bords, recouverte d'une croûte, sous laquelle suinte du pus séro-sanguinolent, entourée d'une zone d'infiltration nette, à orientation transversale est un type de *chancre ecthymatiforme* du fourreau. Sa seule particularité est de présenter une infiltration plus abondante qu'il n'est habituel dans le chancre, quoique certains chancres soient très infiltrés. D'ailleurs, lorsqu'on enlève la croûte, on ne trouve nullement les caractéristiques de l'infiltration gommeuse : les bords sont en pente douce et non taillés à pic ; le fond est rouge, de couleur chair musculaire, un peu saignant et non bourbillonneux.

1. Milian, *Progrès médical*, 28 mai 1910.

C'est l'aspect habituel du chancre ecthymateux sous sa croûte.

L'examen ultra-microscopique de la sérosité sanglante de la surface n'a pas montré de tréponèmes, mais il en est ainsi chaque fois qu'un chancre est traité par le mercure et ici le malade a déjà reçu quatre injections d'huile grise, la dernière il y a six jours.

Le malade a eu un *rapport avec une femme d'une maison de rendez-vous (?)* du boulevard de la Villette, il y a un peu moins de deux mois.

Il a une *adénopathie inguinale double* mobile et indolore, surtout marquée à droite, où il y a un ganglion du volume d'une petite noix qui s'est développée simultanément ou à quelques jours d'intervalle, le chancre ayant précédé l'adénopathie, comme il est de règle.

Il part du chancre une lymphangite plastique très accentuée sous forme d'un petit cordon ayant le volume et la consistance d'une ficelle à fouet. Ce cordon lymphatique est intradermique ou hypodermique, mais dénué de tout rapport avec les corps caverneux et le canal lymphatique dorsal. Il se rend obliquement aux ganglions inguinaux gauches.

Le diagnostic de chancre n'est donc pas douteux. Tout concorde.

Mais le malade nous dit qu'*en juillet 1908* il y a eu un phimosis sous lequel existaient des indurations dont persistent encore des traces. On trouve en effet, à gauche du frein, une induration assez étendue et il est resté une symphyse partielle glando-préputiale du côté gauche.

J'ai en effet porté *en 1908 le diagnostic de chancre syphilitique* à Ricord et j'ai moi-même institué le traitement

par piqûres d'huile grise. J'ai constaté ensuite quelques traces de roséole et des plaques dans la bouche qui ont été cautérisées à diverses reprises, huit ou dix fois, au nitrate d'argent par l'infirmier, la dernière fois il y a deux mois et demi.

Le malade a reçu depuis 1908 cinq séries de 6 piqûres d'huile grise et une série de 3 piqûres d'huile grise.

Enfin, il est actuellement en cours de traitement, ayant fait des piqûres les 7, 14, 21 et 31 mai.

Il n'y a pas de signe d'Argyll Robertson ; le réflexe rotulien est normal.

L'intradermo-réaction à la syphiline a été négative, la réaction de *Wassermann positive.*

Une inoculation intradermique en quatre petits points a été faite avec le liquide de sérosité de l'ulcération au niveau de l'épaule droite.

Il s'agit, à n'en pas douter, ici, d'une réinfection de syphilis chez un homme antérieurement syphilitique depuis dix-huit mois. Cet accident de la verge, joint aux adénopathies, possède à la fois les caractères objectifs et l'évolution d'un chancre syphilitique. L'incubation d'une quarantaine de jours, l'apparition des ganglions inguinaux quelques jours après le chancre, confirment cette manière de voir.

L'évolution a d'ailleurs justifié ce diagnostic puisque le 21 avril, M. Milian (1) constatait l'apparition d'une roséole.

La syphilis antérieure du malade n'est pas douteuse. M. Milian a vu lui-même le premier chancre

1. Milian, *Progrès médical*, 28 mai 1910.

dont reste encore l'induration, et le malade a présenté depuis des plaques muqueuses de la gorge qui ont été cautérisées au nitrate d'argent à plusieurs reprises.

Il ne s'agit pas d'un *chancre redux*, puisque l'accident actuel siège sur un emplacement différent du premier : en l'espèce le fourreau de la verge, tandis que le chancre de 1908 siégeait dans le sillon balano-préputial.

### OBSERVATION VI

*Réinfection syphilitique* par le Dr Milian.

J'ai eu l'occasion, il y a trois mois, de voir un malade qui portait à la verge une lésion chancriforme des plus caractéristiques, développée trois semaines après un coït avec une femme que le sujet savait être syphilitique. Cet accident ne s'accompagnait pas d'engorgement ganglionnaire, sinon d'un ou *deux petits ganglions du volume d'un pois* qui existaient peut-être antérieurement à la plaie nouvelle. Or, *quarante-cinq jours exactement après* le début de cet accident de la verge, apparaissait une *éruption disséminée* sur la totalité du corps et qui était constituée par des papules très infiltrées, les unes squameuses, les autres ulcérées et croûteuses, analogues aux accidents de la syphilis maligne précoce.

Cet homme présenta en outre un gros ganglion épitrochléen gauche qui rétrocéda par le traitement, et un infiltrat gom-

1. Milian, *Progrès médical*, mai 1910, p. 303.

meux de la cuisse gauche à un travers de main au-dessus et en dehors de l'articulation du genou.

Or, ce sujet avait eu, *un an auparavant un chancre syphilitique* de courte durée qui n'avait pas été suivi d'accidents cutanés, mais de plaques muqueuses des piliers pour lesquelles il m'avait consulté et où j'avais trouvé le tréponème à l'ultra-microscope. Il avait eu aussi quelques petits ganglions cervicaux et épitrochléens à l'époque où je pratiquai l'examen ultra-microscopique. Depuis, il avait à diverses reprises, fait des cures de pilules de Dupuytren.

Les commémoratifs sont des plus nets; le malade dit qu'il a eu trois semaines avant un rapport sexuel avec une femme qu'il savait être syphilitique. L'adénopathie est peu manifeste, cependant elle existe; mais ce qu'il y a de plus manifeste, c'est une roséole apparaissant quarante-cinq jours après le début du chancre, roséole s'étendant sur tout le corps, comme c'est le propre d'un exanthème de première infection.

La première syphilis était authentique, confirmée par un examen ultra-microscopique, et des accidents secondaires.

## OBSERVATION VII

*Guérison par le 606 d'un malade atteint de chancres syphilitiques. Nouveaux chancres syphilitiques chez le même malade trois mois après*, par M. Milian (1).

Le nommé B..., âgé de trente ans, se présente le 2 septembre 1910 dans le service de M. Balzer que j'ai l'honneur de

1. Milian, Société médicale des hôpitaux, 22 déc. 1910.

suppléer à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme, terrassier, solidement constitué, du poids de 77 kilogs, présente à la verge des *chancres syphilitiques multiples* : trois chancres érosifs sur le dos du gland de la dimension d'une lentille ; un chancre ulcéreux à gauche du frein, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, un autre plus petit à droite du frein, également ulcéreux, et un autre érosif au voisinage de ce dernier. Il existe en outre un chancre du méat, qu'il rétrécit légèrement. Ces chancres sont apparus quinze jours auparavant environ.

Il existe une balanite érosive concomitante avec abondante suppuration ; il y a également de la *lymphangite dorsale de la verge*, cordon dur comme une ficelle à fouet et qui est caractéristique de la syphilis ; enfin il existe des *ganglions inguinaux* du volume d'une amande, durs, indolores, un à droite et deux à gauche.

La recherche des *tréponèmes* faite par M. Burnier, interne du service, est *positive*.

La *réaction de Wassermann* recherchée par le Dr Girault, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité, est *très positive* +++.

Il n'y a pas de roséole ni de phénomènes généraux.

Les pupilles sont normales ainsi que les réflexes rotuliens.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Voulant connaître l'origine de la contagion, j'interroge cet homme sur ses rapports sexuels. Il me répond qu'il n'avait de rapports qu'avec sa femme. Celle-ci vient, à ma demande, à l'hôpital le lendemain. Je lui trouve, sans la faire déshabiller, une laryngite récente, une alopécie de la partie externe des sourcils, de la chute des cheveux, des ganglions cervi-

caux postérieurs, de la céphalée, en un mot les signes d'une syphilis évidente. La femme était donc responsable de la syphilis du mari.

Désireux de ne pas désunir ce ménage, je ne dis rien au mari sur l'origine de sa syphilis, tout en laissant entrevoir la vérité à la femme, espérant ainsi amener celle-ci à se faire soigner ultérieurement. Mes intentions ne furent pas comprises : le malade entra à l'hôpital, mais sa femme ne revint plus et, au milieu de la foule des sujets hospitaliers, je l'oubliai moi-même.

B... *reçoit le 3 septembre 55 centigrammes de 606*, précipité en solution neutre dans 10 centimètres cubes d'excipient. L'injection est faite dans les *muscles* de la région interscapulaire et distribuée à droite et à gauche du rachis. Les suites de cette injection sont normales. La douleur est modérée, la réaction inflammatoire locale est nulle. La température rectale monte à 38°3 au troisième jour de l'injection, étant de 37° 5 avant l'injection.

Les urines se maintiennent au taux de 2 litres par jour, grâce au lait dont le malade prend chaque jour un litre 1/2, et ne renferment à aucun moment ni sucre ni albumine.

7 septembre. — Les chancres sont très améliorés ; les deux chancres ulcéreux se détergent et se rétrécissent, les autres sont presque entièrement cicatrisés. Les ganglions sont très diminués.

Le malade sorti de l'hôpital le 8 septembre, revient à diverses reprises nous montrer son état et, à chacune de ses visites, il est pris du sang pour la réaction de Wassermann.

25 septembre. — Tous les chancres sont entièrement cicatrisés. Les ganglions inguinaux sont presque disparus. Il n'y

a plus de balanite. Il persiste une légère infiltration du chancre du pénis du côté gauche. Il y a peut-être quelques syphilides papuleuses débutant dans le dos, mais il peut s'agir aussi simplement d'acné. Il y a un peu d'inégalité pupillaire : mydiase gauche sans signe de Robertson. Il y a un petit ganglion épitrochléen de chaque côté. Il n'y a rien à la bouche. Il n'y a pas non plus de céphalée. La réaction de Wassermann est encore très positive (+++) à cette date.

20 octobre. — Le malade ne montre pas d'accidents. Il existe un petit ganglion épithrocléen gauche, et, dans chaque aine, un ganglion du volume d'un petit pois.

La réaction de *Wassermann est en train de devenir négative.* Elle est positive partielle +.

17 novembre. — Le malade que nous n'avons pas vu depuis le 20 octobre, ne présente pas d'accidents. *Wassermann négatif.*

12 décembre. — Le malade revient à nouveau à la consultation de médecine de la Charité. Il est porteur, depuis près d'un mois, nous dit-il, de *deux lésions de la verge.*

Je vois, en effet, sur le fourreau préputial droit, une *érosion croûteuse* ovalaire, de la dimension de 1 franc, type de chancre ecthymateux du fourreau, avec induration parcheminée, absence de bord. Il existe en plein milieu du côté droit du gland une seconde lésion ulcéreuse, cette fois légèrement suintante, à fond un peu verdâtre, de la dimension d'une grosse lentille, type de chancre ulcéreux. Aujourd'hu ces deux lésions sont devenues semblables, la lésion du gland s'est recouverte d'une croûte adhérente exactement semblable à celle du prépuce. Ce sont, à mon avis, *deux*

*chancres ecthymateux* de la verge. M. Hudelo, à qui j'ai montré ces deux lésions sans lui dire de quoi il s'agissait, et en le priant de me donner son diagnostic d'impression sans interroger le malade, m'a dit : « Si ce malade n'a pas la gale, il a deux chancres syphilitiques. » M. le professeur Gaucher interrogé de la même manière, a répondu exactement la même chose. M. Queyrat a reconnu formellement qu'il s'agissait de chancres syphilitiques. Cliniquement, ces deux lésions se présentent donc absolument comme des chancres syphilitiques. Les témoignages que je viens d'invoquer en font foi.

J'ajouterai qu'un *ganglion inguinal gauche* du volume d'un gros haricot est réapparu ; et qu'enfin la réaction de *Wassermann est encore négative.* Cette réaction de *Wassermann* négative est un gros argument en faveur du diagnostic de chancre syphilitique. En effet, cette réaction suit un parallélisme à peu près absolu avec les accidents syphilitiques, réapparaissant en même temps qu'eux ou même les précédant. Il n'y a que dans le chancre qu'elle reste longtemps silencieuse, quatorze ou quinze jours, tant que l'infection ne se généralise pas.

Le Dr Girault a recherché avec patience les *tréponèmes* à l'ultra-microscope dans ces deux chancres : il n'en a trouvé aucun dans le chancre du fourreau ; il en a trouvé *deux*, *typiques* mais un peu altérés, dans le chancre ulcéreux. Je rappelle que dans un cas de réinfection syphilitique, publié à la Société de Dermatologie, en juillet dernier, je n'ai pas trouvé de tréponèmes dans le chancre, qui a pourtant été suivi d'une roséole intense.

En présence de ces accidents je demandai au malade com-

ment il avait pu se livrer à des rapports sexuels, alors que je les lui avais proscrits. « Ah ! dit-il, je ne me voyais plus rien, et j'ai repris mes relations avec ma femme ! » Sa femme, celle qui l'avait contagionné une première fois, que je n'avais jamais revue et qui ne devait jamais s'être soignée.

Le lendemain, il m'amenait sa femme, sur ma demande. Je la trouvai en pleine syphilis secondaire : syphilide pigmentaire du cou, du dos et des régions axillaires, abondante chute de cheveux, alopécie de la partie externe des sourcils, laryngite intense, ganglions cervicaux postérieurs nombreux, ganglions épitrochléens, et, *enfin*, *deux grosses plaques muqueuses de la face interne de la petite lèvre gauche.*

Notons ces plaques muqueuses de la *lèvre gauche* qui se révèlent les auteurs de la contamination, puisque c'est au *côté droit* de la verge que sont les accidents actuels du mari.

Il s'agit en résumé d'un malade atteint de *plusieurs chancres syphilitiques* avec tréponèmes et *Wassermann positif le 3 septembre.* Puis les chancres se cicatrisent et le Wassermann devient négatif le 6 décembre. *Le 12 décembre*, le malade présente deux ulcérations sur la verge qui ont *le type du chancre syphilitique ecthymateux*, avec *adénopathie inguinale gauche.* Il ne s'agit pas d'une syphilide secondaire, car il y a induration et aspect objectif typique du chancre sans parler de l'adénopathie caractéristique et de la notion du contage. Il ne s'agit pas *de chancres redux,* puisque ces accidents siègent en des régions différentes des premiers. Enfin, la femme du malade qui a repris ses rapports avec lui est en pleine

plaques muqueuses vulvaires, car elle ignore la syphilis dont elle a une première fois contaminé son mari et ne s'en est pas soignée.

On pourrait encore objecter qu'il s'agit d'accidents secondaires chancriformes. Il serait bien étonnant que précisément ces accidents soient uniquement localisés à la verge et en si petit nombre. Tout d'ailleurs prouve la nature de cet accident comme chancre initial. Les caractères objectifs sont complets, de l'aveu même de tous les syphiligraphes présents : MM. Gaucher, Jeanselme, Hudelo, Queyrat. L'induration parcheminée elle-même ne manque pas. Il est *réapparu un ganglion inguinal.*

Il y a encore l'importante *notion de la contagion nouvelle* et à la même source. *Plaques muqueuses à la petite lèvre gauche, chancres sur le gland à droite.*

Enfin, la *réaction de Wassermann est négative*, comme cela existe dans la période initiale du chancre, tandis qu'elle est constamment positive au cours des accidents secondaires.

La pauvreté de ces accidents en tréponèmes est également en faveur de leur nature chancreuse. Les accidents secondaires en fourmillent généralement.

Faisons remarquer que la première infection a été guérie par une seule injection d'arsénobenzol, ce qui a permis à l'auteur d'observer une réinfection très rapide, trois mois après.

## OBSERVATION VIII

### *Un cas de réinfection syphilitique* (1)

Il s'agit d'un homme atteint de syphilis il y a huit ans. Pendant plusieurs années ont été faites des frictions mercurielles, et le malade a pu être considéré comme guéri, au sens relatif du mot, s'entend.

M. John Fabry (2) qui le suivait de près, n'avait constaté aucune manifestation syphilitique, lorsque, au début de 1908, le sujet se présenta à l'auteur atteint d'une ulcération syphilitique pénienne qui, à première vue, pouvait en imposer pour un accident tertiaire.

Néanmoins M. Fabry pensant qu'il pouvait y avoir réinfection syphilitique, songea à s'adresser à la réaction de Wassermann. Voici les résultats du traitement et de l'examen du sang.

Du début de janvier au 6 juin le malade reçut 17 injections de calomel à 0 gr. 08 chacune.

23 juin. — Réaction de Wassermann négative.

20 octobre. — Wassermann négatif. Le 23 décembre, exanthème suspect en partie pustuleux, en partie acnéique, quelques *taches de roséole*. *Wassermann positif.*

Du 23 décembre 1908 au 12 août 1909, la malade reçoit deux injections de 0 gr. 08 de calomel, et quatorze injections de 0 gr. 10.

Le 13 octobre, le Wassermann est encore positif.

---

1. *Bulletin médical*, 27 sept. 1911, p. 822.
2. *Mediz. Klinik.*, n° 31.

Après une nouvelle série d'injections pendant plusieurs mois — avec intervalles de repos, naturellement — *le 14 juillet 1910, le Wassermann devenait négatif*. En décembre de la même année, Wassermann toujours négatif.

A l'appui de ce que nous avons dit plus haut au sujet de la réaction de Wassermann, nous voyons ici cette réaction, de positive qu'elle était après l'apparition du deuxième chancre, devenir négative à la suite du traitement ; puis redevenir longtemps positive pendant toute l'évolution des accidents secondaires.

Non seulement, l'évolution de la maladie qui a débuté par un chancre et continué par une roséole, mais aussi *la façon dont s'est comportée la réaction de Wassermann*, tout contribue donc à démontrer que l'auteur s'est trouvé en présence d'un cas incontestable de réinfection syphilitique.

## OBSERVATION IV

*Réinfections syphilitiques*, par le Dr Gutmann, dermatologiste à Wiesbaden (1)

Premier cas. — Homme de vingt-cinq ans. Souffre depuis des années de gerçures aux lèvres.

5 mars 1910. — Le sujet raconte qu'il présente depuis six jours environ une plaie de la lèvre inférieure qui, peu à peu, s'est agrandie. L'on voit une perte de substance plane de la

1, *Berlin. Klinich. Woch*, 1911, n° 28.

dimension d'une lentille, à bords non indurés, qui occupe le milieu de la lèvre inférieure. Pas d'adénopathie. On n'institue aucun traitement.

20 mars. — L'ulcération s'est beaucoup agrandie ; elle a pris une forme allongée et s'étend au milieu de la lèvre inférieure, de l'origine de la muqueuse labiale jusqu'à la muqueuse buccale. Les bords sont tranchants et vallonnés, l'enduit lardacé est encore plus abondant.

Induration marquée de la base et des bords de l'ulcération. Le *ganglion sous-mental* a la dimension d'un pois, non douloureux. On recherche en vain les spirochètes ; on ne procède pas à la recherche du Wassermann.

Comme, d'après l'aspect clinique, aucun doute ne peut subsister sur le diagnostic de chancre primaire (mon collègue Flügel partage cette opinion), on institue le traitement, étant donné le siège de l'affection et le danger de contage familial. Le sujet reçoit des injections d'asurol, et localement de l'emplâtre au mercure.

8 avril. — Plaie complétement épidermisée.

4 mai. — Traitement suspendu après quinze injections d'asurol.

21 juin. — Pas de symptômes.

28 septembre. — Pas de symptômes. Wassermann négatif.

16 novembre. — Pas de symptômes.

21 novembre. — A la place de l'ancienne ulcération, petite cicatrice blanche, molle.

31 janvier 1911. — A la lèvre inférieure, à 3 millimètres à gauche de la médiane, perte de substance plane, recouverte d'un enduit adhérent, persistant depuis huit jours et en voie

d'accroissement lent. Nul autre symptôme de syphilis. *Wassermann négatif*. Pas de traitement.

11 février. — L'ulcération est devenue ovalaire, à bords tranchants, recouverte d'enduit lardacé, à fond et bords moyennement indurés, s'étendant en avant jusqu'a l'origine de la muqueuse labiale, gagnant en arrière la muqueuse buccale. Tuméfaction très légère du ganglion sous-mental. Présence de spirochètes. On fait de fortes doses d'iodure.

20 février. — L'ulcère s'est encore agrandi; les bords et le fond sont plus infiltrés, mais pas nettement indurés cependant. Injection intraveineuse de 0,5 de salvarsan. Localement emplâtre au mercure.

8 mars. — L'ulcère est complètement guéri ; plus d'infiltration.

8 juin. — Absence de tout symptôme. A quelques millimètres à gauche du milieu de la lèvre, cicatrice molle, blanchâtre.

Deuxième Cas. — Homme de vingt-quatre ans. Blennhorragie il ya trois ans. Dernier coït il y adouze à quatorze jours.

4 avril 1910. — Érosion chancriforme sur le gland s'étendant sur le sillon coronaire, traitée jusqu'à présent par l'iodoforme. Un *ganglion inguinal gauche* un peu tuméfié. Les spirochètes ne peuvent être mis en évidence avec certitude. Aucun traitement.

7 avril. — État stationnaire. Spirochètes très nombreux. Pas de Wassermann. Injection d'asurol ; localement, calomel.

11 avril. — Le chancre est épidermisé.

9 mai. — Traitement interrompu après 15 injections d'asurol. Chancre entièrement cicatrisé ; reste une cicatrice molle.

Ganglion inguinal primitivement tuméfié, est à peine perceptible.

Du 12 juin au 28 septembre, pas de symptômes. A cette époque, Wassermann négatif.

3 juin 1911. — Écoulement un peu purulent par l'urèthre, persistant depuis quelques jours. Présence de gonocoques. La lèvre gauche de l'orifice uréthral est notablement indurée. La peau du gland au pourtour de l'induration est très rouge. En écartant les lèvres de l'orifice uréthral, on découvre en partie une ulcération plane à bords tranchants sur la muqueuse de la lèvre gauche. Dans la sérosité du chancre, de nombreux *spirochètes* peuvent être mis en évidence par la méthode de Buri. A gauche, *ganglion inguinal* un peu tuméfié. Pas d'autres signes de syphilis. *Wassermann négatif*. Injection intraveineuse de 0,40 de salvarsan. Localement, pommade au calomel.

2 juillet.— Chancre épidermisé. Induration a notablement regressé. On ne voit plus de rougeur du gland.

« Qu'il ne s'agisse pas dans les deux cas précédents, dit le Dr Gutmann, de formes de récidives communes et journalières, ne souffre pas de discussion. On pourrait seulement discuter l'accident secondaire solitaire, dénomination donnée par Thalmann (1) à une récidive limitée en un point, circonscrite, très analogue à un accident primaire. »

En ce qui concerne le siège de ces accidents secondaires tardifs, nous savons que ceux-ci se trouvent, presque sans exception, très éloignés du lieu de

1. Thalmann, *Munch. med. Woch.*, 1907, n° 13.

l'accident primitif. C'est ainsi que Fribœes vit cette infection métaslatique cinq fois sur les amygdales, une fois sur le dos, une fois sur le gros orteil, une fois sur le bras, sur l'épaule, à la paupière, et sur les amygdales, et c'est seulement dans cette dernière observation qu'on note que l'accident primitif s'était produit sur l'amygdale du côté opposé.

Dans les deux observations précédentes, les accidents syphilitiques nouveaux ont apparu en des points qui sont habituellement le siège des accidents primitifs, les parties génitales et les lèvres. Et à propos du premier cas, nous appelons l'attention sur ce fait que le sujet souffrait depuis des années de lèvres gercées, si bien que la voie était largement ouverte à l'infection syphilitique.

De plus, nous savons que s'il a été rapporté des cas où ces accidents secondaires isolés se sont montrés très tardivement — seize et dix-huit ans après le début de la syphilis dans deux cas de M. Balzer — il est de règle de les voir apparaître de façon plus précoce.

Dans les cas publiés par Thalmau et Fribœes, l'accident secondaire isolé apparut au plus tard six mois après l'infection, mais plus souvent fut encore bien plus précoce. Dans les deux observations précédentes, le nouvel accident se manifesta, la première fois après dix mois et demi, la seconde fois quatorze mois après l'accident primitif.

Enfin une preuve à l'appui de cette hypothèse qu'il s'est agi de réinfection syphilitique nous est

fournie par l'allure de la réaction de Wassermann dans les deux cas. En admettant qu'il se fût agi de récidive, on aurait pu espérer obtenir un Wassermann positif à l'apparition du nouvel accident, et d'autant plus que dans ces cas tout traitement avait été suspendu, une fois durant huit mois et demi, une autre fois pendant treize mois. Au contraire, nous voyons le *Wassermann négatif* quatre mois et demi après la fin du traitement et surtout *au début du nouvel accident*. Un Wassermann positif, par contre, n'aurait pu servir à éclairer la question. Une réaction positive aurait pu servir à démontrer que l'infection primitive était encore en évolution, ou bien, au contraire, que l'affection primitive était éteinte et que la nouvelle infection syphilitique s'était généralisée dans l'organisme. Ajoutons que l'adénopathie a été bien caractéristique du chancre, et qu'on a difficilement mis en évidence le tréponème, alors qu'il est habituel de le trouver en abondance dans les lésions secondaires.

## OBSERVATION X

*Réinfection syphilitique chez un malade traité par le 606*,

par M. Paul Salmon (1).

L'histoire de notre malade est la suivante :

Chancre phagédénique et roséole intense : injection intra-

1. Paul Salmon, Société de l'Internat, octobre 1911, n° 5.

musculaire de 0 gr. 60 de 606. Quelques jours plus tard rash scarlatiniforme, température élevée, ictère, albuminurie légère; c'est le cas le plus grave d'intoxication par le salvarsan que nous ayons observé; quatre mois après, vingt injections de biiodure de mercure et séries d'iodure par la bouche. Cinq mois après, *séro-réaction de Wassermann negative. Onze mois après l'injection, deux chancres indurés sur la verge avec adénopathie inguinale prononcée. Ce sont des accidents primitifs évidents*. Cependant le malade déclare formellement ne pas avoir eu de contact suspect depuis plus de deux mois; mais les lésions sont si caractéristiques en tant que lésions primaires que nous ne pouvons admettre la possibilité d'accidents secondaires chancriformes.

L'examen à l'ultra-microscope révèle la *présence de spirilles* très nombreux; impressionné à l'annonce de ce résultat positif, le malade nous dit avoir eu, il y a moins de deux mois, des rapports avec des femmes suspectes. Cet aveu, d'accord avec les constatations cliniques, nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'une seconde infection syphilitique. Nous ne voyons pas d'autre interprétation possible.

Ce cas nous montre encore la réaction de Wassermann négative cinq mois après le premier chancre : le malade n'était donc plus, à cette époque, sous le coup de l'infection, autrement dit, il n'était plus en période secondaire; et, en tenant compte des caractères cliniques de la lésion et des aveux du malade qui nous renseignent sur le coït infectant, l'on peut admettre qu'on se trouve bien en présence d'une

nouvelle syphilis. Remarquons aussi la présence d'une adénopathie caractéristique.

## OBSERVATION XI

*Cas de réinfection syphilitique chez un malade soigné avec le salvarsan* par Rudolf Krefting, de Christiana (1).

Homme de vingt-trois ans. Avait au 19 janvier 1911 un *chancre* de la dimension d'un haricot, d'apparence caractéristique, dans le sillon balano-préputial.

*Adénopathie inguinale* peu considérable.

Il s'était infecté quatre ou cinq semaines avant au contact d'une personne notoirement syphilitique.

Des *spirochètes caractéristiques* furent trouvés dans la sérosité de l'ulcération. Il fut diagnostiqué une syphilis primaire chez ce malade à la clinique universitaire du professeur César Bœck. A cette époque *Wassermann négatif*.

21 janvier.— Le malade reçoit une injection intra-veineuse de 0 gr. 50 de salvarsan.

25 janvier. — Le chancre n'est pas encore cicatrisé : les spirochètes ne peuvent plus être mis en évidence.

28 janvier. — Le chancre est épidermisé ; on sent encore de l'induration.

2 février. — 0 gr. 45 de salvarsan intra-veineux. Wassermann négatif ; l'induration a disparu.

---

1. Krefting, *Deutch. Med. Woch.*, 3 août 1911, p. 1441.

10 mars. — 0 gr. 45 de salvarsan intra-veineux ; Wassermann négatif ; il n'y a aucun symptôme.

30 avril. — Wassermann toujours négatif.

3 juin. — Le malade se présente avec *deux chancres caractéristiques* dont l'un dans le sillon balano-préputial à droite de la place où se trouvait le chancre de la première infection. On ne trouve pas d'induration à la place du chancre de la première infection. A gauche du prépuce est l'autre ulcération chancreuse.

*Adénopathie inguinale double.*

Dans la sérosité des deux chancres, présence de *tréponèmes*.

Le malade tout d'abord nia avoir eu des relations avec une femme, mais, à la fin il avoua avoir eu des *relations avec une fille* qui, quelque temps avant, avait été admise dans une maison de santé pour une maladie vénérienne.

Bien qu'on ne dut élever aucune objection contre la justesse du diagnostic, je fis voir le malade au professeur Bœck, et il le confirma.

Mon collègue Bruunsgaard a aussi vu le cas ; c'était un cas typique de syphilis primitive ; l'infection a eu lieu six semaines auparavant.

10 juin. — Les ulcérations se sont étendues, et il existe une induration profonde. Il y a des tréponèmes en grande quantité : le malade n'est pas traité spécifiquement. *Wassermann* + .

17 juin. — Les chancres se sont accrus ; présence de tréponèmes en grande quantité.

22 juin. — Ulcérations étendues ; présence de tréponèmes. *Wassermann très positif.*

28 juin. — Les deux ulcérations se sont développées, et dans la sérosité on trouve des tréponèmes.

Sur l'abdomen apparaissent *quelques taches de roséole.* Céphalée.

1er juillet. — Roséole du tronc. Le malade reçoit 0,45 de salvarsan intra-veineux.

Existence incontestable d'une première syphilis, guérie ; quelques mois après précision d'un contage nouveau, aspect clinique des lésions, adénopathie correspondante, présence de tréponèmes, allure de la réaction de Wassermann, apparition d'une roséole, autant de caractères qui furent constatés lors de la deuxième infection et qui ont permis à l'observateur de porter un diagnostic précis et indiscutable.

Nous remarquerons, dans cette observation, combien la réaction de Wassermann est restée longtemps positive, sans nul doute parce qu'il ne fut pas institué de traitement, et qu'elle s'est manifestée jusqu'à l'apparition de la roséole.

## OBSERVATION XII

### *Un cas de réinfection après salvarsan* (1)

par le Dr Klaussner

Malade âgé de quarante-neuf ans, marié, employé. S'infecte de syphilis en novembre 1910.

---

1. *Münch. Med. Woch.*, 31 octobre 1911.

27 décembre. — Il entrait en traitement dans une clinique dermatologique de Bohême.

De l'histoire originale de la maladie, qui nous a été aimablement transmise, j'ai extrait les passages suivants. Le malade, très anémié, présente dans le sillon du gland, près du frein, une ulcération indurée. *Présence de tréponèmes ;* adénopathie générale prononcée. Syphilides papulo-pustuleuses sur la peau du tronc et des extrémités. Réaction de Wassermann positive.

29 décembre. — Le malade reçoit 960 centigrammes de salvarsan intra-musculaire. Après l'injection, l'ulcération se guérissait au bout de peu de temps, alors que les syphilides de la peau persistaient.

Février 1911. — L'exanthème a diminué ; la réaction de Wassermann est négative au départ du malade.

12 septembre 1911. — Le malade vient à notre clinique avec une ulcération dans le sillon balano-préputial. L'ulcération était de la dimension de deux liards, à peu près ronde, à bords taillés à pic ; le fond est brun rougeâtre, luisant, recouvert d'un enduit fibrineux. L'ulcération est bordée d'une inflammation d'un rouge sombre. On sent de l'induration, et il apparaît de la sérosité dans laquelle sont mis en évidence de nombreux *tréponèmes*. A côté du frein, dans le sillon balano-préputial, est une surface d'apparence livide, trace de la première ulération, reconnaissable. *Les ganglions inguinaux du côté droit* sont de la grosseur d'une noisette, durs et indolores. La *réaction de Wassermann est négative.*

On ne constate pas d'exanthème ; par contre existent encore sur la peau du tronc les pigmentations qui ont été

mentionnées plus haut dans l'histoire du malade. Quoique le malade nous ait déclaré dans l'interrogatoire qu'il avait eu une infection syphilitique l'année précédente, et que l'exactitude de cette déclaration nous ait été confirmée par les documents transmis par la Clinique Dermatologique de Bohême, nous dûmes fixer notre diagnostic d'après le tableau clinique caractéristique, la présence abondante de tréponèmes.

La marche ultérieure de la maladie fut telle qu'elle nous confirma dans notre opinion. La réaction *de Wassermann devenait positive* le 20 septembre 1911.

26 septembre. — Neuf semaines après le dernier coït, qui fut pratiqué avec une fille publique, nous pûmes voir *quelques papules* sur la peau des parties latérales du tronc. Le lendemain matin existait à ce niveau et sur le reste de la peau du tronc, un *exanthème maculo-papuleux*.

Après injection de 0 gr. 03 de sublimé, l'exanthème, par suite de l'apparition de la réaction d'Herxheimer, était encore intense.

Nous avons ainsi un ensemble de symptômes qui est typique en faveur d'une réinfection syphilitique. Cinq semaines après un coït suspect le malade vient avec une ulcération qui nous apparaît avec tous les caractères propres à un chancre syphilitique. L'adénopathie est limitée au côté droit et indolore, alors que, au moment de la première infection, l'observateur notait, en même temps que des syphilides papulo-pustuleuses un peu partout, une *adénopathie générale prononcée*. De plus « sous nos yeux, dit l'observateur, la réaction *de Wassermann qui était*

*négative, devient positive* », et enfin après un temps normal apparaît un *exanthème généralisé, comme c'est le propre d'un premier exanthème.*

Dans cette observation, comme dans toutes celles qui précèdent, il ne peut être question d'auto-inoculation, puisque la première ulcération était cicatrisée depuis plusieurs mois lorsqu'est apparue la seconde. Il ne peut être question non plus de *chancre redux*, puisque la localisation est différente. Nous voyons avec quel soin l'auteur a noté la situation de la cicatrice du premier chancre, « nettement visible encore à côté du chancre en voie de développement ».

## OBSERVATION XIII

*Réinfection syphilitique chez un sujet guéri par le salvarsan*
par MM. Jeanselme et A. Vernes (1).

Une jeune femme, Delal... Andrée, entre à l'hôpital Broca, le 18 octobre 1911, pour une ulcération de la grande lèvre gauche dont le début remonterait à huit ou dix jours.

Cette ulcération, du diamètre d'une pièce de 50 centimes environ, offre tous les caractères du chancre infectant classique ; indolence absolue, coloration rouge, chair musculaire, induration parcheminée. Un ganglion direct existe dans

1. Jeanselme et Vernes. Société de dermatologie et de syphiligraphie, 9 nov. 1911.

l'aine correspondante. Un examen complet ne montre aucun signe de la période secondaire. Le diagnostic d'accident primitif nous semblait de toute évidence, lorsque la malade nous apprit que le 11 mars de l'année courante elle était entrée à Saint-Lazare pour une ulcération semblable siégeant sur la grande lèvre gauche, un peu au-dessus de la lésion actuelle. Cette ulcération, diagnostiquée chancre syphilitique par le chef de service, avait duré deux mois.

La malade, après avoir reçu deux injections de 606 et 40 piqûres de benzoate de mercure, sortit de Saint-Lazare sans avoir présenté aucun signe de la période secondaire.

Tous les renseignements fournis par la malade, ont été confirmés par M. Lacapère, qui avait reconnu et traité le premier chancre.

20 octobre. — Le Wassermann fait à cette date est entièrement positif.

La sérosité retirée par ponction du gros ganglion de l'aine gauche ne contient pas de tréponèmes. La malade dit que l'hypertrophie de ce ganglion date de la première infection et n'a jamais disparu depuis. Le liquide, retiré par une ventouse de Bier, appliquée sur le chancre, montre à l'ultramicroscope la présence de tréponèmes.

24 octobre. — Le chancre s'est légèrement excavé en godet. Il existe un peu au-dessus de lui une érosion, apparue il y a trois jours, et qui ressemble à une syphilide suintante du type secondaire. Cette lésion a augmenté de volume depuis son apparition ; sa surface s'est détergée.

31 octobre. — L'état de l'ulcération principale reste stationnaire. La petite lésion signalée dans son voisinage n'a aucun caractère pouvant faire penser à un second chancre.

C'est une papule secondaire à fond légèrement suintant reposant sur une base non indurée.

La malade réclame sa sortie.

Cette observation, écourtée par le départ inopiné du sujet, prête à la critique. On pourrait soutenir, à la rigueur, que quelques tréponèmes, épargnés par le 606, sont entrés en reviviscence *in situ* après plusieurs mois de vie latente, et ont été l'origine du nouveau chancre. Quoique cette hypothèse soit peu vraisemblable, et que la malade ait couru depuis sa guérison toutes les chances de contracter une nouvelle syphilis, nous préférons ne pas faire étal de ce cas qui peut soulever des objections.

L'observation suivante nous semble, au contraire, à l'abri de tout reproche.

## OBSERVATION XIV

*Réinfection syphilitique chez un sujet guéri par le salvarsan* par MM. Jeanselme et Vernes (1)

Une femme de vingt-deux ans, Germaine V..., mariée et enceinte de cinq mois, entre à l'hôpital Broca le 14 juin 1911.

Depuis trois semaines environ, cette malade est couverte

1. Jeanselme et Vernes, Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 9 nov. 1911.

d'une *éruption secondaire* papuleuse, qui actuellement est abondante et remonte jusqu'au cou. Le *Wassermann est positif*.

16 juin. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 20 de salvarsan.

La réaction générale a été à peine appréciable.

Les jours suivants, la malade n'a pas de pertes sanguines. Les bruits du cœur du fœtus restent normaux.

21 juin. — Deuxième injection intra-veineuse de 0 gr. 33 de salvarsan. La réaction générale a été insignifiante.

26 juin. — L'éruption de syphilides papuleuses a disparu.

28 juin. — Troisième injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de salvarsan.

Le lendemain, la malade a des maux de tête, de la diarrhée et de la rachialgie.

1er juillet. — Les bruits du cœur fœtal sont toujours bons.

5 juillet. — Quatrième injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de salvarsan.

20 juillet. — La grossesse suit son cours sans incident. Wassermann atténué.

17 août. — Le Wassermann tend à baisser.

15 septembre. — Il est complètement négatif.

21 septembre. — La malade accouche, à huit mois et quelques jours, d'un enfant dont le poids est de 2.520 gr. Le placenta pesait 520 grammes.

4 octobre. — L'enfant est sain en apparence; il ne présente pas de pemphigus.

9 octobre. — La malade a remarqué, la veille de son accouchement, une petite érosion sur le versant interne de la grande lèvre gauche à sa partie supérieure. Cette lésion a grandi lentement, sans douleurs, et présente aujourd'hui l'aspect suivant :

Ulcération superficielle, en forme de cupule, sensiblement ronde, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, légèrement excavée en godet, de couleur rouge vif en certains points, couverte d'un enduit grisâtre en d'autres. Cette ulcération est exhaussée sur un disque induré et circonscrite par un bord en forme de talus. La consistance est parcheminée, l'indolence est absolue, la secrétion est séreuse et peu abondante. Il existe un *ganglion* du volume d'une noisette *à la partie interne de chaque aine*. Il n'y a pas de plaques muqueuses buccales ou ano-vulvaires, pas de roséole, pas de céphalée, bref aucun accident de la période secondaire.

*Un Wassermann pratiqué le 6 octobre est positif.*

12 octobre. — A l'ultra-microscope, on constate la présence de nombreux tréponémes dans l'ulcération.

20 octobre. — *Wassermann entièrement positif.*

11 novembre. — La malade se plaint de maux de tête depuis quelques jours. Nous remarquons aujourd'hui une éruption discrète d'une vingtaine de taches de couleur rose tendre, faisant un léger relief ; cette *roséole papuleuse* est disséminée sur la racine des cuisses, les flancs, l'abdomen et remonte jusqu'à la hauteur des seins. Quelques élé-

ments occupant même une des aréoles. Nous conseillons à cette femme de sevrer immédiatement son enfant.

Or, c'est le mari qui a contaminé sa femme. A l'hopital Ricord, on a reconnu sur lui un chancre induré au mois de janvier dernier. Puis, à diverses reprises, apparurent des poussées très abondantes de roséole. Entre temps, survinrent des plaques muqueuses à l'ombilic, à la gorge, aux commissures labiales.

Le 10 août, il lui fut fait une première injection intraveineuse de 0 gr. 40 de 606, et le 23 du même mois une deuxième injection intraveineuse de 0 gr. 50. Les occupations du malade l'obligent à vivre la plupart du temps assez loin de Paris. Pour cette raison il dut quitter l'hôpital avant la fin de son traitement.

Or *la malade affirme qu'exactement vingt à vingt et un jours* avant l'apparition du chancre de réinfection, son mari est venu passer une nuit au domicile conjugal, et qu'il présentait encore à ce moment des plaques muqueuses. La réalité de la réinfection, dans le cas présent, nous semble impossible à mettre en doute. Non seulement l'aspect de la lésion est bien celui d'un accident primaire, mais de plus on y trouve des tréponèmes comme dans un chancre, et la *réaction de Wassermann présente la courbe spéciale d'ascension que nous avons l'habitude d'observer au début d'une syphilis*, c'est-à-dire que la réaction n'est devenue positive que plusieurs jours après l'apparition du chancre. Enfin nous avons assisté à une

*seconde roséole*, c'est donc le cycle complet de la syphilis se déroulant pour la seconde fois.

## OBSERVATION XV

*Réinfection syphilitique probable à la suite d'un traitement à l'arséno-benzol*, par M. Louis Queyrat (1).

Le malade que je vous présente, M..., âgé de vingt-sept ans, est entré dans mon service avant-hier, 27 décembre. Il est porteur de deux chancres syphilitiques du fourreau. En effet, sur le fourreau à droite, on constate l'existence de deux ulcérations juxtaposées, arrondies, croûteuses, indolentes, à base indurée. Lorsqu'on enlève la croûte qui les recouvre, on trouve des ulcérations régulières, sans bords nets, à fond luisant. Il existe une *adénopathie bi-inguinale* avec un ganglion plus volumineux à droite et si ces caractères cliniques n'étaient pas jugés suffisants pour établir le diagnostic de chancre syphilitique, j'ajouterai que l'examen de la sérosité de ces ulcérations à l'ultramicroscope, montre *des tréponèmes* caractéristiques, enfin que la *réaction de Wassermann est positive*.

Le début de ces chancres remonte au 10 décembre ils ont donc actuellement dix-neuf jours. Jusque là rien que de très banal.

Le 13 octobre dernier, il se présentait à la consultation

1. Queyrat, *Société médicale des hôpitaux*, 29 décembre 1911.

d'un de nos confrères, le Dr Brisson, très compétent en matière de maladies vénériennes, demandant conseil pour deux chancres siégeant, *l'un sur le pubis, à la racine de la verge*, ayant les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, l'autre, plus petit, sur *le rebord balanique*, à droite.

Ces accidents dataient de dix jours. Se basant sur le caractère nettement syphiloïde de ces ulcérations, leur indolence, leur induration, la coexistence de ganglions dans les deux aines ; d'autre part sur ce commémoratif que l'amie du malade, d'après ce que racontait ce dernier, avait eu sur la poitrine et sur le visage une éruption de boutons, notre confrère fit le diagnostic de chancre syphilitique et fit, le 13 octobre, une première injection de 0 gr. 60 d'arsénobenzol intraveineuse ; sept jours après, le 20 octobre, une deuxième également de 0 gr. 60 intraveineuse. A la suite, les chancres se cicatrisent très rapidement en huit à dix jours ; seule l'adénopathie persiste, un peu atténuée. Il n'y eut aucun rapport sexuel, sauf vers le 15 ou 20 novembre où M... a un nouveau contact avec son amie, la même à laquelle il devait les premiers accidents ; vingt à vingt-cinq jours après apparaissaient les chancres que vous voyez.

Si l'on admet l'exactitude du premier diagnostic — et l'auteur insiste sur la compétence de son confrère le Dr Brisson — nous avons bien encore affaire ici à un cas de réinfection. Il ne peut s'agir d'auto-inoculation : les premiers chancres se sont cicatrisés très rapidement, et ils l'étaient depuis près de deux mois, lorsque sont apparus les seconds.

Nous ne pouvons penser non plus à un *chancre redux :* les localisations sont différentes.

Ce ne sont pas non plus des *chancres acariens :* aucune trace de gale sur la peau du malade.

Reste l'hypothèse de *syphilides secondaires chancriformes*. Or, nous savons que les syphilides secondaires précoces sont rarement isolées « et, nous dit M. Queyrat, nous devrions trouver d'autres syphilides ailleurs ; or, il n'en existe nulle part ». Enfin, l'adénopathie, constatée chez ce malade lors de sa deuxième infection, est bien caractéristique de l'accident primaire : *adénopathie biinguinale avec un ganglion plus volumineux à droite ;* sans oublier que la notion du contage est des plus nettes.

## OBSERVATION XVI

*Guérison d'une syphilis un an et demi après l'infection. Apparition postérieure d'un nouveau chancre syphilitique* par le Dr George S. Witheside (1), spécialiste des maladies génito-urinaires à l'hôpital du comté de Multnomah (États-Unis).

En janvier 1910, M. E. W... C... vient me consulter. *En août 1909*, il avait eu un *chancre induré* sur le pénis. La

1. *Annales des maladies vénériennes*, septembre 1911, n° 9.

cicatrice subsiste et montre encore une légère induration. *Les ganglions dans les deux régions inguinales* sont durs, engorgés et mobiles ; il existe une alopécie générale et quelques petites pustules sur le cuir chevelu.

Il est traité par l'absorption de pilules de protoiodure de mercure jusqu'au 14 juin 1910, avec intervalles de repos. A ce moment plusieurs *plaques muqueuses* apparaissent dans la bouche.

En août 1910, le patient part en voyage d'affaires pour six mois et revient en février 1911, ayant montré une grande négligence dans son traitement : pharynx rouge et par places légèrement ulcéré, plaques muqueuses dans la bouche. *Réaction de Wassermann positive.*

24 février 1911. — J'administre 0 gr. 60 de salvarsan en injection intra-veineuse. Cette injection est suivie d'une prompte guérison de toutes les lésions. Le 17 mars, la réaction *de Wassermann est négative.*

12 avril. — *Dix-sept jours après un coït*, le malade vient me trouver avec plusieurs chancres mous sur le prépuce. Le 22 avril, un de ces chancres mous *devient induré.* Le 27 avril, tous les chancres mous sont guéris. Mais le chancre induré a l'apparence d'une lésion de syphilis primaire tout à fait typique. On trouve des *tréponèmes* dans le sérum de la lésion. La *réaction de Wassermann est positive.*

6 mai 1911. — Je donne une seconde injection intra-veineuse de 0 gr. 60 de salvarsan. Rapide guérison du chancre.

Voilà un cas où nous voyons des accidents syphilitiques se prolonger, avec un Wassermann positif, et cela faute d'un traitement sérieusement observé.

Puis, après une injection de salvarsan, nous voyons survenir une guérison rapide, en même temps que la *réaction de Wassermann devenir négative*. Le malade se livre alors à un coït infectant : au bout d'un temps d'incubation normal (dix-sept jours), comme pour une première infection, apparaît un chancre typique avec tréponèmes, et quinze jours après l'apparition du chancre, la réaction de *Wassermann redevient positive*.

## OBSERVATION XVII

*Réinfection syphilitique après traitement par le 606*, par MM. Milian, Belin et Amaudrut (1).

Le nommé Z..., âgé de trente-trois ans, mécanicien, entre à l'hôpital de la Charité, le 8 novembre 1911, pour céphalée et angine. A l'examen de la gorge, on constate une grosse amygdalite aiguë rouge ; les deux amygdales sont rouges, tuméfiées. Elles ne présentent ni ulcération, ni exsudat blanchâtre à leur surface. Peu de douleurs spontanées, mais le malade ne peut déglutir les aliments solides. La céphalée est vive, surtout nocturne.

Sur le corps, dans le cuir chevelu, sur le dos, syphilides nombreuses, croûteuses, ressemblant à des pustules d'eczéma desséchées.

---

1. Belin, Milian et Amaudrut. Société médicale des hôpitaux 23 février 1912.

Il existe sur la verge, dans le sillon balano-préputial dorsal, la cicatrice d'un chancre induré remontant à deux mois.

17 novembre 1911. — La céphalée et l'angine sont restées absolument stationnaires. Le malade reçoit 0,30 de salvarsan en injection intraveineuse.

Dès le lendemain, disparition de la céphalée, l'angine diminue d'intensité.

24 novembre. — Injection de 0,40 de salvarsan; disparition complète de l'angine. Les syphilides s'effacent. De huit jours en huit jours on fait encore successivement 0,50, 0,60, 0'60 de salvarsan.

Les syphilides se sont complètement effacées. Le malade sort de l'hôpital le 19 décembre 1911 pour aller à Vincennes, jusqu'au 3 janvier 1912. Il rentre chez lui et reprend vers le 8 janvier ses rapports avec sa femme qui l'avait contaminé une première fois et qui n'avait suivi aucun traitement.

16 février 1912. — Le malade rentre à l'hôpital, porteur d'une lésion du méat, présentant tous les caractères d'*un chancre du méat* et qui remonte à une dizaine de jours : induration en couronne autour du méat, dont il est impossible de faire bâiller les lèvres par pression, rétrécissement du méat, et enfin apparition d'une *adénopathie satellite* du volume d'une dragée, dans l'aine droite.

On objecte constamment aux faits de ce genre qu'il s'agit de syphilides chancriformes. Or, cette observation, comme les précédentes, montre *le ganglion satellite apanage du chancre*. De plus ce second accident primaire est apparu chez le malade un mois après un coït avec sa femme syphilitique.

## OBSERVATION XVIII

*Réinfection après traitement mixte par le salvarsan et l'hydrargyre*, par MM. Brocq et Fernet (1).

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, dont la santé antérieure a toujours été excellente.

2 juin 1911. — Nous constatons, dans le sillon balano-préputial, trois chancres indurés, s'accompagnant d'*une adénopathie* satellite volumineuse. L'ultramicroscope permet d'y découvrir *le tréponème*.

3 juin. — Nous pratiquons chez lui une injection intra-veineuse de salvarsan à la dose de 0 gr. 30.

10 juin. — Nouvelle injection de 0 gr. 40 de salvarsan.

17 juin. — Troisième injection de 0 gr. 50, soit en tout 1 gr. 10 de salvarsan.

29 juin. — Malgré ce traitement qui a rapidement cicatrisé les chancres, et bien que nous n'ayons constaté aucun accident secondaire, nous pratiquons une réaction de Wassermann qui est franchement positive.

Entre temps, le malade présente des lésions de gale : un traitement approprié guérit rapidement ces lésions.

Du 2 juillet au 23 juillet, nous pratiquons douze injections de cyanure de mercure à la dose de 1 cgr. 1/2 tous les deux

---

1. Brocq et Fernet. Société de Dermatologie et de syphilig., novembre 1911, n° 8.

jours. Ces injections sont bien supportées, occasionnent cependant un peu de diarrhée.

2 août. — *Réaction de Wassermann négative.*

Du 2 au 13 août, le malade reçoit six injections de cyanure de mercure.

Le malade est obligé d'interrompre son traitement pendant vingt jours.

Nous le revoyons *dans les premiers jours de septembre.* Nous constatons chez lui une nouvelle éruption non douteuse de gale ; les lésions généralisées à tout le corps, sont plus marquées aux lieux d'élection.

Les lésions sont surtout accentuées à la verge, où nous constatons de grosses pustules remplies de pus. Une lésion est plus volumineuse que les autres, elle est ulcérée, indurée, recouverte d'un enduit sanieux et purulent. *L'adénopathie inguinale est manifeste.* Les caractères de l'ulcération, son induration, l'aveu que nous fait le malade que très certainement il a pu être contaminé de nouveau, nous font penser qu'il s'agit d'une infection nouvelle, et nous pratiquons le jour même, un examen à l'ultra-microscope ; malheureusement la lésion est infectée, et nous ne constatons pas la présence de tréponèmes.

Du 6 septembre au 7 octobre, nous pratiquons chez lui quinze injections intra-veineuses de cyanure de mercure, la première à la dose de 1 cgr. 1/2; les dernières à la dose de presque 2 centigrammes.

La lésion indurée de la verge se cicatrise sous l'influence de ce traitement.

Nous mettons le malade au repos du 7 au 15 octobre. A cette date, il revient nous consulter parce qu'il présente à la

face, surtout au front et au pourtour des lèvres, sur le cou, sur la face antérieure de la poitrine et sur le dos, une éruption papuleuse qui a tous les caractères d'une *roséole papuleuse*.

Cette éruption date de quatre jours, est encore assez discrète, et si nous nous rapportons aux dates, elle est survenue exactement *un mois et demi après la lésion chancriforme* que nous avions constatée à la verge. Il existe, en outre, sur les commissures des lèvres et à la face interne des joues, des *plaques muqueuses. Une réaction de Wassermann, que nous pratiquons le jour même, est nettement positive, alors que nous le rappelons, à la suite du premier traitement, elle était négative le 2 août.*

19 octobre. — Injection de 0 gr. 10 de salvarsan, et aussitôt après, injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

3 novembre. — L'éruption papuleuse et les plaques muqueuses de la bouche commencent à disparaître.

Voilà un malade chez lequel on trouve un coït infectant, une incubation normale, une ulcération présentant *les caractères cliniques du chancre, avec adénopathie, une réaction de Wassermann négative avant, positive après l'apparition de l'accident, et enfin une roséole* survenant un mois et demi après. En faisant abstraction de l'histoire antérieure du malade, ne se croirait-on pas en face d'un sujet qui vient de contracter la syphilis pour la première fois.

« Ou bien, dit l'auteur de l'observation précédente, il faut affirmer dictatorialement que la syphilis ne peut se doubler, sans tenir compte des faits, sans

vouloir les examiner, parce que, *a priori*, on déclare que cela ne peut se produire, ou bien il faut reconnaître que l'observation que nous apportons remplit tous les desiderata nécessaires pour prouver la possibilité de cette réinfection. »

## OBSERVATION XIX

(M. Milian) (1).

*Réinfection syphilitique.*

1er février 1911. — Coït infectant.

6 février 1911. — Mariage.

6 février au 20 février. — Rapports conjugaux.

20 février. — Constatation par le malade de plaies à la verge.

10 mars. — Le diagnostic de *chancres syphilitiques* est posé ; *tréponèmes*, *Wassermann positif* + + +. Injection intraveineuse de 40 centigrammes de 606.

13 mars. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de 606.

20 mars. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 60 de 606.

29 mars. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 60 de 606.

8 avril. — *Wassermann négatif.*

16 avril. — Constatation d'une érosion vulvaire chez la femme du malade et *reprise des rapports conjugaux*.

19 avril. — Cessation des rapports conjugaux.

---

1. Milian. Société de Dermatologie et de syphiligraphie, novembre 1911.

24 avril. — La femme du malade présente un *chancre syphilitique avec tréponèmes*. *Wassermann* + + +.

29 avril. — Wassermann négatif chez le mari.

5 mai. — Apparition, chez le mari, d'un nouveau chancre syphilitique sur le flanc gauche du gland exactement superposé à celui de sa femme, occupant la grande lèvre droite.

Ce cas nous frappe surtout par la concordance des dates d'apparitions successives des chancres avec des périodes d'incubations normales, qu'on ne peut vraiment comparer à *l'apparition toujours indéterminée des syphilides.*

## OBSERVATION XX

(M. Milian) (1).

*Réinfection syphilitique.*

An... Jean, trente ans, n° 207 du registre de la Charité.

Céphalée syphilitique à maximum nocturne. Syphilis ignorée.

Wassermann positif le 29 janvier 1911.

17 février. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 30 de 606.

24 février. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 50 de 606.

3 mars. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 50 de 606.

10 mars. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 60 de 606.

27 mars. — Wassermann + +. Guérison de la céphalée.

---

1. Milian. Société de Dermatologie et de syphiligraphie, novembre 1911.

29 septembre. — Wassermann négatif.

6 octobre 1911. — Érosion circulaire, à centre diphtéroïde, à la face interne du prépuce, datant du 30 septembre. Adénopathie inguinale gauche du volume d'une noisette.

9 octobre. — Wassermann négatif.

14 octobre. — Cicatrisation complète du chancre, mais l'adénopathie a doublé de volume.

25 octobre. — Wassermann + + +.

## OBSERVATION XXI

### M. Milian (2).

*Réinfection syphilitique.*

Bl... Ch... trente et un ans, n° 351.

12 juin 1911. — Vient à la consultation de la Charité avec une paralysie pseudo-bulbaire datant de cinq ans et due à une syphilis remontant à neuf ans. Le chancre avait été suivi de roséole et de plaques muqueuses de la bouche.

12 juin 1911. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 30 de 606. Wassermann : = O.

19 juin. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de 606 Wassermann = O.

26 juin. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 50 de 606. Wassermann +.

3 juillet. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 50 de 606. Wassermann +.

---

2. Milian. Société de Dermatologie et de syphiligraphie, novembre 1911.

Faisons remarquer en passant que c'est là un exemple de *réactivation de la réaction de Wassermann*. Dans le cas particulier, cette réaction spécifique renforce la valeur du diagnostic.

13 octobre 1911. — Wassermann négatif. Constatation d'un chancre syphilitique typique de forme ecthymateuse, au sillon balano-préputial droit, accompagné *d'adénopathie inguinale droite* typique, consécutif à un coït pratiqué quinze jours avant l'apparition dudit chancre.

23 octobre. — Extension considérable du chancre qui a triplé de surface. Wassermann +++.

13 novembre. — Le chancre rétrocède.

Ces deux derniers cas répondent au desideratum de M. Leredde, c'est-à-dire qu'ils ont trait à *deux syphilitiques tertiaires* guéris par le 606, et ultérieurement *réinfectés*.

## OBSERVATION XXII

*Syphilis traitée avec succès par le salvarsan. Réinfection rapide* (1), par M. le Dr Jullien, chirurgien de l'Infirmerie de Saint-Lazare.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans, plutôt vigoureux, menant une vie très active en province et ne se privant pas des plaisirs vénériens.

*Première infection.* — Le 26 décembre 1911, je vois F... pour un chancre aperçu il y a quinze jours. Sur le prépuce,

1. Jullien, *Bulletin médical*, 7 juillet 1912.

il existe une petite ulcération déprimée avec un bourrelet arrondi, manifestement induré. Dans l'aine gauche, *trois ganglions* très petits, mais typiques. Un autre à droite un peu plus gros. L'examen microscopique a révélé la *présence de spirochètes*.

En conséquence, le même jour, 26 décembre, première injection intraveineuse, au pli du coude, de 0 gr. 40 de salvarsan très bien supportée. Même dose pour les deuxième, troisième et quatrième, qui eurent lieu les 3, 10 et 17 janvier 1912, toujours précédées et suivies d'une injection de sérum physiologique.

Le malade retourne ensuite immédiatement chez lui, après avoir éprouvé quelques troubles peu importants (vomissements, diarrhée, céphalée, légère augmentation des pulsations). La réaction de *Wassermann* fut faite alors et se montra *complètement négative ;* la santé redevint aussi parfaite que possible.

*Deuxième infection.* — De retour dans son pays et se croyant désormais invulnérable, F... a quelques rapports en maison vers le commencement de mai. Quinze à vingt jours plus tard il voit apparaître une ulcération dans le sillon balano-préputial. Il revient à Paris, le 23 mai, et je constate à la droite du gland, une surface nettement dénudée et saignante. L'examen microscopique y fait reconnaître nettement des bacilles de Ducrey ; mais en outre, *par l'ultramicroscope, on constate la présence de spirochètes abondants.*

Je pensai que la chancrelle ayant déterminé une mise à nu au derme, les microbes de la syphilis s'y étaient portés et que la lésion en présence de laquelle je me trouvais était

un ulcère mixte dû à l'imprégnation antérieure du patient. J'indiquai donc un traitement pour le chancre mou, et en même temps je crus sage de prescrire des injections de calomel pour venir à bout de cette vérole qui, sous l'influence du 606, n'avait fait que sommeiller. Je le pensais du moins.

Les choses en étaient là quand, le 25 juin, une troisième injection de calomel me donna l'occasion de revoir mon malade. Or, il me montra une éruption assez confluente qui datait, disait-il, de quatre à cinq jours, et qui s'étalait sur presque tout le corps (ventre, flanc, dos, fesses, cuisses). Les taches étaient assez larges et de teinte bistrée ; l'ulcération du sillon était guérie. Cet exanthème s'était développé en même temps que d'infimes troubles cérébraux (malaises, lassitudes, état saburral) mais il n'avait jamais occasionné de démangeaisons.

Aucune hésitation n'était permise ; il s'agissait manifestement d'*une roséole spécifique*, consécutive à un chancre à tréponèmes que je constatai à la place même où siégeait l'ulcère chancrelleux.

Le malade, fort troublé par ce nouveau symptôme qu'il attribuait à sa première infection syphilitique, s'étonnait, non sans quelque aigreur, de voir que les quatre injections de salvarsan n'avaient donné qu'une accalmie.

La vérité était tout autre. Le salvarsan l'avait si parfaitement guéri la première fois qu'il s'était trouvé apte à contracter la syphilis une seconde fois.

Le diagnostic était difficile, en face d'un tel malade, et l'on s'en serait tenu à celui d'une chancrelle, si la

prudente précaution d'une prolongation de traitement n'avait été prise par le Dr Jullien. Cela lui a permis de revoir son malade et de constater l'apparition dans des délais normaux après l'ulcération chancreuse d'une *roséole caractéristique*, indice indiscutable d'une seconde infection, étant donné que la *réaction de Wassermann avait été recherchée avant le deuxième accident et avait donné un résultat négatif; nous n'étions donc pas en présence de phénomènes secondaires prolongés.* L'étude de l'adénopathie n'aurait pu donner ici un résultat très concluant, attendu qu'il y avait coexistence de bacilles de Ducrey.

## OBSERVATION XXIII

*Un cas de réïnfection syphilitique*, par M. Bettmann (1)

Un jeune homme très intelligent vient consulter l'auteur pour un *chancre induré* de la lèvre inférieure. On constate la présence de *spirochètes* en grande quantité. La réaction de *Wassermann* donne un résultat *négatif*. On fait au malade à deux reprises une injection sous-cutanée d'un gramme de salvarsan. *Onze mois après* l'infection, le malade eut un rapport avec une prostituée, et trois semaines après il se développa *deux chancres indurés* sur la verge. *Adénite inguinale double. Nombreux spirochètes* dans les chancres que l'on excisa.

1. Bettmann, *Vratchebnaïa Gazeta*, 10 juin 1912, p. 887.

## OBSERVATION XXIV

*Un cas de réinfection syphilitique*, par E. Klaussner (1)

Un homme de quarante-neuf ans, marié, contracte la syphilis en novembre 1910. Le 27 décembre, on constate une *ulcération chancriforme*, contenant de nombreux *spirochètes*, et siégeant dans le sillon préputial près du frein. On note en outre une *adénopathie*, une éruption papulo-pustuleuse sur le tronc et les extrémités.

*Wassermann positif*. Le 29 décembre, injection intra-musculaire de 0 gr. 60 de salvarsan. Le chancre et l'éruption disparaissent et, en février 1911, le *Wassermann est négatif*.

12 septembre 1911. — Le malade revient avec une *ulcération* du sillon, arrondie, à bords durs, à fond brunâtre, contenant de nombreux *spirochètes ;* sa grandeur est environ celle d'une pièce de deux heller. A côté du frein, on voit nettement la cicatrice du premier chancre. Les *ganglions inguinaux* droits sont gros comme une noisette, durs et indolents.

La réaction de *Wassermann est négative*, mais le 20 septembre, elle *devient positive*. Le 26 septembre, c'est-à-dire neuf semaines après le chancre, on remarque une *éruption papuleuse* sur les parties latérales du tronc, et le lendemain on note un exanthème papulo-maculeux très net sur tout le tronc. Une injection de 0 gr. 03 de sublimé rendit l'éruption plus manifeste, du fait de la réaction de Herxheimer.

---

1. E. Klaussner, *Munch. Med. Woch.*, 1911, n° 44.

Syphilis antérieure manifeste, aspect clinique bien caractérisé du deuxième accident, accompagné *d'adénopathie*, *Wassermann négatif aussitôt après*, *puis devenant positif*, au bout de dix jours, *enfin roséole papuleuse* soixante-trois jours après, rien n'y manque, si ce n'est la confrontation et les commémoratifs dont l'auteur ne fait pas mention.

## OBSERVATION XXV

*Premier cas extrait de la* Contribution à l'étude de la réinfection syphilitique (1), par le Dr Löhe, médecin-major et assistant de clinique.

Officier, âgé maintenant de cinquante et un ans. Infection syphilitique en 1897. Accident primitif dans l'urètre. Violente roséole. Cure de frictions de 160 grammes de mercure. Au printemps 1897, à cause d'une angine spécifique, cure de 6 injections de calomel. En 1900, cure de 160 à 180 grammes de mercure en frictions. Pendant longtemps, iodure de potassium, en totalité 300 grammes. Une série d'injections d'iodipine. Inquiet, le malade se soignait avec une observation toute spéciale. Aucun symptôme n'apparaissait.

Janvier 1909. — *Chancre avec tréponèmes* dans le sillon balano-préputial, et dans la dépression près du frein. *Adénopathie indolente. Au bout de six semaines, syphilides maculo-papuleuses.*

Mars. — Première cure : 14 injections de sublimé.

1. Löhe, Berlin, *Klin. Woch.*, mai 1913 n° 20.

Juillet-août. — 10 injections de sublimé.

Noël. — Réaction de Wassermann négative.

Janvier 1910. — Manifestations dans la paume de la main; 3e cure : 12 injections de sublimé.

Juin-juillet. — 4e cure : 12 injections de sublimé.

Mars 1912. — Réaction de Wassermann fortement positive. 5e cure : 3 injections de sublimé, 4 injections d'huile grise.

Mars 1913. — Maintenant aucune manifestation de syphilis.

## OBSERVATION XXVI

*Deuxième cas extrait de la* Contribution à l'étude de la réinfection syphilitique, par le Dr Löhe (1).

M. W..., commerçant, trente-huit ans. Admission le 26 mars 1912. De 1902 à 1907, gonorrhée. En 1904, chancre mou. Le malade est marié, infection soi-disant inconnue ; femme saine en apparence, après examen.

19 mars. — Le malade éprouva des démangeaisons sous le prépuce. Un gonflement progressif et des douleurs le conduisirent le 21 mars dans une polyclinique où on lui fit de forts lavages du prépuce.

23 mars. — *Des tréponèmes furent* trouvés dans l'ulcération de l'anneau préputial.

État général : santé délicate.

Cœur, poumons : rien de particulier. Urines : présence d'albumine et de sucre.

---

1. Berlin, *Klin. Woch.*, n° 20.

Organes génitaux : l'orifice du prépuce est inflammé, il existe du phimosis ; il existe un mince écoulement séro-purulent. A l'intérieur du prépuce, sur une surface à peine érodée, existe une induration de la dimension d'une fève. *Spirochètes abondants. Adénopathie inguinale* de la grosseur d'une noisette. Aucun exanthème.

*Diagnostic. — Chancre de l'orifice préputial.* Phimosis. Adénopathie inguinale gauche.

26 mars. — 0 gr. 50 de salvarsan intra-veineux. Température du soir 38°4.

27 mars. — 0 gr. 05 de calomel.

30 mars. — 0 gr. 10 de calomel. Malade amélioré, et renvoyé suivant son désir.

2 avril. — Phimosis subsiste, l'induration est devenue plus petite, l'œdème du prépuce a disparu complètement ; *l'adénopathie inguinale a disparu.* 0 gr. 60 de salvarsan intra-veineux. Température 38°9.

Vomissements et diarrhée.

3 avril 1912. — Amélioration.

6 décembre 1912. — Soi-disant aucun rapport conjugal. A côté de l'autre cicatrice une nouvelle ulcération doit exister depuis huit jours. Sur le bord du sillon balano-préputial, à côté de la cicatrice de l'ancien chancre, existe une *érosion* lisse, à bords taillés à pic. Présence *de tréponèmes.* Phimosis. Le vaisseau lymphatique dorsal est dur. Glandes inguinales : à gauche, de la grosseur d'une noisette, à droite de la grosseur du pisiforme, indolentes ; *aucune autre adénopathie*, aucun exanthème ; le cuir chevelu et la bouche sont sains. *Réaction de Wassermann négative.*

7 décembre. — 0 gr. 40 de salvarsan intraveineux.

17 décembre. — Chancre en partie cicatrisé. Ganglions de l'aine des deux côtés de la grosseur d'un pois, les vaisseaux lymphatiques dorsaux de la grosseur d'une aiguille à tricoter. Aucun exanthème. Injection intraveineuse de 0 gr. 40 de salvarsan. Réaction de *Wassermann légèrement positive.*

18 décembre. — Amélioré ; renvoyé à sa demande.

18 janvier 1913. — *Wassermann négatif.*

Alors que dans le premier cas, où le malade a été soigné par des injections d'iodipine lors de sa deuxième infection, nous voyons consignée l'apparition d'une roséole ; dans le second cas, où le malade a reçu du salvarsan intraveineux, l'auteur ne mentionne « aucun exanthème » à la suite de son second chancre. Ceci à l'appui de ce que nous avons dit plus haut au sujet des accidents modifiés dans leur apparition par le salvarsan.

Remarquons « ce vaisseau lymphatique dorsal de la verge, dur, de la grosseur d'une aiguille à tricoter », signalé dans plusieurs observations, notamment par M. Milian qui le compare à une « ficelle à fouet », et qui semble bien caractéristique de la syphilis.

## OBSERVATION XXVII

*Troisième cas extrait de la contribution à l'étude de la réinfection syphilitique* (1)

H. Sch..., commerçant, vingt-six ans.

Admission le 14 mai 1912.

---

1. *Berlin. Klin. Woch.*, n° 20, 1913.

16 août 1911. — Bouton au prépuce, *puis chancre* avec tréponèmes. Réaction de *Wassermann négative.*

0 gr. 40 de salvarsan intraveineux.

28 août et 4 septembre. — 0 gr. 50 de salvarsan.

7 mai 1912. — Après des démangeaisons en avril, *ulcération* du prépuce, dure.

9 mai 1912. — Une seconde ulcération existe à côté.

13 mai. — Dans le sillon balano-préputial, un disque dur de la grosseur d'un haricot, qui est érodé au centre ; à gauche du frein un second disque plus petit et dur. Présence de *tréponèmes.* Sur la base du pénis, une cicatrice molle de la dimension d'un haricot.

*Adénopathie inguinale gauche, dure, indolente,* de la grosseur d'une noisette.

Sur la poitrine, plusieurs taches rouges. Roséole (?).

*Diagnostic.* — Deux chancres syphilitiques dans le sillon balano-préputial.

Traitement : 0 gr. 50 de salvarsan intraveineux.

15 mai 1912. — Amélioré ; renvoyé à sa demande.

Une roséole probable, mais incertaine, d'autant qu'il n'est pas fait mention de sa date d'apparition après l'ulcération chancreuse, et l'absence de toute notion de contamination, ne nous permettent pas de considérer ce cas comme caractéristique, bien que l'adénopathie correspondante milite en faveur d'un chancre.

## OBSERVATION XXVIII

*Quatrième cas extrait de la contribution à l'étude de la réinfection syphilitique* (1)

A. L..., peaussier, trente-sept ans.

Admission : 7 décembre 1911.

Dernier coït à la fin d'août : Au bout de huit jours, ulcération du sillon balano-préputial, dure et de la dimension d'une lentille, qui guérit en une semaine, sous la poudre de calomel. Au milieu d'octobre, immédiatement à côté de la cicatrice, une petite crevasse qui, après deux ou trois jours, atteignait la dimension d'une tranche de moelle.

Fin novembre. — *Adénopathie gauche.* Au commencement de décembre : violente céphalée, et en même temps un rétrécissement et un écoulement de l'orifice externe de l'uréthre.

7 décembre 1911. — Dans le sillon balano-préputial droit, *ulcération* de la dimension d'un haricot, recouverte d'un enduit lardacé, et de l'infiltration au voisinage. *Lymphatiques dorsaux de la grosseur d'un tuyau de plume.* Orifice de l'urèthre et urèthre jusqu'au sillon balano-préputial, durs, sclérosés, recouverts d'une écorce dure. Présence de *tréponèmes*.

*Adénopathie inguinale.* à gauche de la grosseur d'un haricot, à droite d'une noisette.

Sur le buste, *roséole très nette.* Rougeur modérée du pharynx. Se plaint d'une violente céphalée.

---

1. *Berlin. Klin. Woch.*, 19 mai 1913.

*Diagnostic* — Deux chancres dans le sillon balano-préputial et l'urèthre. *Roséole*. Réaction de *Wassermann très positive.*

9 décembre. — 0 gr. 05 de calomel.

11 décembre. — 0 gr. 01 de calomel.

15 décembre. — Le chancre s'épidermise, la roséole disparaît, la céphalée diminue, 0 gr. 40 de salvarsan.

21 décembre. — Persiste une induration de l'urèthre ; chancre du sillon encore infiltré ; roséole à peine visible, 0 gr. 40 de salvarsan. *Wassermann positif.*

22 décembre 1911. — Renvoyé à sa demande.

14 janvier 1913. — Fin décembre, le malade remarquait *après un rapport datant du milieu de décembre 1912*, une petite vésicule sur la lèvre inférieure à la suite de laquelle se développait peu à peu une ulcération.

Sur la lèvre inférieure à gauche on voit une *érosion ronde*, de la dimension d'un pfnennig, dont le fond et le pourtour sont indurés ; elle est superficielle, lisse, recouverte en partie d'une croûte mince. Présence *de tréponèmes.*

*Ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires* de la grosseur d'une noix. Sur le prépuce à droite, cicatrice de la dimension d'un pfnennig (ancien chancre). Aucun exanthème sur le corps, rien à la bouche. *Wassermann très positif.*

*Diagnostic. — Chancre de la lèvre inférieure.*

17 janvier. — 0 gr. 40 de salvarsan.

19 janvier. — Calomel : 0 gr. 01.

21 janvier. — Chancre s'épidermise.

30 janvier. — Chancre entièrement épidermisé. Calomel 0 gr. 01.

3 février. — Chancre guéri.

6 février. — 0 gr. 40 salvarsan. Aucun exanthème.

Lorsque le sujet de cette observation quitta l'hôpital le 22 décembre 1911, son premier chancre n'était pas guéri.

Mais nous ne pouvons songer ici à une auto-inoculation. Le malade s'est présenté de nouveau à l'hôpital le 14 janvier 1913 avec son ulcération de la lèvre inférieure. Il est donc impossible que cette seconde ulcération soit une conséquence de la première. Le chancre de 1911 devait être cicatrisé depuis longtemps lorsqu'est apparu celui de 1913. Nous ne connaissons pas dans la littérature médicale d'exemples de chancres syphilitiques ayant mis plus de quelques semaines à se cicatriser.

S'agit-il alors de *syphilides secondaires tardives ?* Nous ne pouvons l'admettre davantage. En outre de l'aspect clinique de la lésion qui est *érosive* et non infiltrée, l'anamnèse nous apprend que le malade a eu un rapport suspect une quinzaine de jours avant l'apparition de sa lésion labiale. De plus nous constatons chez ce malade la coexistence d'une *adénopathie sous-mentale et sous-maxillaire* bien en rapport avec son ulcération de la lèvre, alors que nous avions constaté, lors de son premier chancre, à la verge, une adénopathie inguinale surtout à gauche.

Disons enfin que la *syphilide isolée* est plutôt chose rare.

## OBSERVATION XXIX

(Dr Melun de Bucarest) (1).

*Ancien syphilitique traité par l'arsénobenzol. Réinfection syphilitique.*

G..., fonctionnaire, quarante et un ans, se présente à ma consultation au mois d'août 1911.

Il me fait l'historique suivant : en 1888, au mois de février, âgé seulement de dix-neuf ans, il présente un mal de gorge, avec gonflement des ganglions cervicaux. Il habitait alors la ville de Ploeshti, et le médecin consultant de cette ville lui appliqua des cataplasmes chauds sur les ganglions. Mais le mieux ne se faisant pas sentir, il vient à Bucarest, dans la capitale du pays, pour consulter un professeur. Conduit par le Dr Mendelsohn, on consulte le Dr Bericli, ancien interne des hôpitaux de Paris, actuellement professeur à la Faculté de médecine. On confirme le diagnostic de syphilis, surtout en présence d'une *roséole manifeste*. Un traitement par frictions mercurielles est institué, et eut raison de la maladie. Les maux de gorge ainsi que les ganglions disparurent complètement.

Quatre ans de suite, il a subi régulièrement, chaque année, trois séries de trente frictions mercurielles. Aucune manifestation ne s'est montrée depuis, sauf, il y a quelques années, une douleur au tibia gauche, qui a cédé aussi à un traitement par des frictions mercurielles et à l'administra

1. Dr Melun. *Ann. des maladies vénériennes*, février 1912, n° 2.

tion d'iodure de potassium à l'intérieur. Le malade n'est pas marié. Il est venu me consulter actuellement pour savoir s'il doit encore suivre un traitement quelconque.

*Pas de ganglions cervicaux, ni inguinaux, ni cubitaux.* L'examen corporel du sujet ne me révélant rien pouvant confirmer un diagnostic, je recommande au malade de laisser faire une séro-réaction de Wassermann. Cette analyse, faite au laboratoire du Dr Vergeano par le Dr Galashesko, chef du laboratoire de l'hôpital Colentina, pour les maladies vénériennes, donne un *résultat positif* + + +. Je propose au malade un traitement énergique à l'arsénobenzol. Je lui fais une première injection de 0 gr. 50 le 26 septembre 1911. Aucune réaction fébrile ou autre.

4 octobre. — Je lui fais une seconde injection intra-musculaire de 0 gr. 60 dans les muscles de la région lombaire. Le sujet a dû garder le lit pendant huit jours avec de la température.

22 octobre. — Mon malade se présente de nouveau chez moi pour me montrer une *petite érosion* superficielle siégeant tout près du frein, sur la partie environnante du prépuce. En prenant entre les doigts la partie malade, à ma grande surprise, je sens une *dureté* assez nette ; aucune douleur à la pression ; *ganglions inguinaux* assez caractéristiques du chancre. A l'examen ultramicroscopique, je trouve les *spirochètes* de Schaudinn. Il n'y a pas de doute : j'ai affaire à une érosion syphilitique initiale. Le malade me déclare avoir eu *plusieurs rapports sexuels* avant, dans l'intervalle et après les injections d'arsénobensol, avec différentes femmes.

L'érosion va en s'agrandissant pendant que la base s'indure,

prenant tous les *caractères classiques d'un chancre syphilitique :* sécrétion minime, érosion reposant sur une base indurée, indolore ; *ganglions inguinaux* mobiles sous la peau.

18 novembre. — Le malade reçoit une injection intraveineuse de 0 gr. 50 d'arsénobenzol. Six jours après, l'induration ainsi que le chancre ont beaucoup diminué. Le malade reçoit quelques injections d'asurol à 0 gr. 05. Après deux injections à trois jours d'intervalle, l'ulcération ainsi que l'induration étaient complètement disparues.

Nous nous trouvons ici en face d'une syphilis ancienne, *peut-être même d'une syphilis tertiaire*, étant donné que le malade avait accusé des douleurs au niveau du tibia gauche, douleurs qui ont disparu par le traitement mercuriel ; on aurait peut-être trouvé des exostoses tibiales à ce moment-là.

Nous pourrions donc rapprocher cette observation des observations XX et XXI dues à M. Milian où nous avons vu deux syphilitiques tertiaires contracter de nouveau un chancre.

Dans le cas en question, les commémoratifs du malade, les *caractères cliniques de l'ulcération*, *l'examen ultra microscopique*, *l'adénopathie ne* nous laissent aucun doute : le malade s'est réinfecté.

### OBSERVATION XXX (personnelle)

*Réinfection syphilitique*

X..., se présente le 31 août 1910 dans le service de M. Balzer avec un chancre datant de quinze jours. Le dia-

gnostic de *chancre syphilitique* fut fait par M. Milian qui remplaçait à ce moment-là M. Balzer.

Il fut procédé à un examen ultra-microscopique de la sérosité s'écoulant de l'ulcération, et cet examen révéla la *présence de tréponèmes.*

Le malade reçoit deux injections de 0 gr. 30 de dichlorhydrate Pas d'accidents secondaires Aucun traitement par la suite.

*Fin juin 1913*, c'est-à-dire trois ans plus tard, X... se présente à l'hôpital Saint-Louis avec un bouton à la lèvre inférieure gauche, et l'on porte le diagnostic de *chancre syphilitique de la lèvre*, dans le service du Dr Darier.

Le malade, ayant été déjà soigné par M. Milian en 1910, lui écrit ; il raconte l'accident qui lui est arrivé à la lèvre inférieure, et le diagnostic qui a été porté à l'hôpital Saint-Louis ; il termine on demandant à M. Milian de bien vouloir le soigner de nouveau. Nous le voyons donc venir à la consultation spéciale de l'hôpital de la Charité le 8 août 1913. A cette date, le chancre a à peu près disparu ; il ne reste qu'une légère induration, recouverte d'une croûte noirâtre. Par contre, nous voyons une *roséole à petits éléments* généralisée, datant de huit jours.

*Adénopathie sous-maxillaire gauche.* Pas de ganglions inguinaux.

Cette roséole est apparue vers le 1er août, en même temps qu'ils s'est développé des phénomènes généraux : céphalée violente, fatigue générale, amaigrissement, — le malade a perdu 10 kilogs. —

Les réflexes pupillaires et rotuliens sont normaux.

Le malade nous raconte que le bouton de la lèvre infé-

rieure est *consécutif à des rapports sexuels qu'il a depuis deux mois* avec deux femmes différentes. Nous lui demandons de les amener. Il ne peut en faire venir qu'une et celle-ci présente sur la grande lèvre droite un chancre syphilitique ; elle a donc été contaminée par lui.

La malade est mise au traitement par le salvarsan. Disparition rapide des accidents.

Nous nous trouvons en présence d'un cas de réinfection à peu près certain. Le premier chancre n'était pas douteux ; il n'a pas été suivi de roséole, mais remarquons qu'un traitement a été institué immédiatement.

Nous n'avons pas vu le second chancre en activité, toutefois il a été porté le diagnostic de chancre syphilitique dans le service du Dr Darier ; de plus ce que nous avons pu en voir, corroborre : croûte noire caractéristique, induration, adénopathie. Enfin la roséole survenue dans les délais usuels, après l'écorchure de la lèvre, est également en faveur de la nature chancreuse de l'accident ; sans compter que la *petitesse des éléments de cette roséole* parle également en faveur d'une roséole première — suite de chancre, venant dans les quarante-cinq jours — et non d'une roséole de retour qui se présente le plus souvent sous la forme de larges placards, et à date indéterminée.

L'adénopathie sous-maxillaire gauche, bien en rapport avec l'accident, n'est pas le fait d'une syphilide chancriforme.

Il nous manque, il est vrai, la confrontation, et cela ne tient pas à notre négligence, mais à une impossibilité matérielle.

Quant à la réaction de Wassermann, elle n'a pu être recherchée aussitôt après le chancre, et par conséquent n'aurait été de grande utilité.

M. Louis Queyrat (1), dans la séance du 25 juillet 1913 de la Société médicale des hôpitaux, s'exprimait ainsi :

« La question de la réinfection syphilitique, chez les malades traités par l'arsénobenzol, est à l'ordre du jour ; la possibilité de cette réinfection a même été niée avec des arguments qui n'avaient rien de scientifique ni parfois de correct. Je suis de ceux qui y croient, et j'apporte à l'appui de mon opinion non pas des phrases, mais un nouveau fait, qui me paraît de nature à satisfaire les plus exigeants.

## OBSERVATION XXXI

P..., âgé de vingt ans, est entré dans mon service, à l'hôpital Cochin annexe, le 22 avril 1912, il y a quinze mois, porteur d'un chancre syphilitique *typique*, dit l'observation prise alors, de *forme lenticulaire, fortement induré*, siégeant sur la face muqueuse du prépuce, à gauche, et datant de vingt et un jour. On voit encore aujourd'hui la place qu'occupait ce chancre sous forme d'une petite cicatrice, lisse, blanchâtre. Il existait une *adénopathie* inguinale bilatérale,

1. Société méd. des hôpitaux, 25 juillet 1913.

et la séro-réaction par la méthode de Bauer était *positive* (O + +) (Dr Robert Demanche).

On fait au malade, le 23 avril 1912, une première injection de 0 gr. 30 de salvarsan ; le 30 avril une deuxième de 0 gr. 40. A la suite de cette seconde injection, le chancre s'améliore et est en voie de cicatrisation ; les ganglions persistent.

10 mai. — Troisième injection de 0 gr. 50.

18 mai. — Quatrième injection de 0 gr. 60 de salvarsan.

En tout le malade a donc absorbé 1 gr. 80 de médicament. Suivant la règle, en pareil cas, le malade n'a pas eu d'accidents secondaires. Un mois après, le 20 juin 1912, il est revenu au laboratoire ; son état général était excellent et sa séro-réaction, par la même méthode de Bauer, était négative (000) (Dr Robert Demanche).

P... est revenu nous voir il y a deux jours (23 juillet 1913) nous racontant ce qui suit : à la fin d'avril 1913 il a eu un contact sexuel avec une fille des rues ; il lui en est résulté d'abord une blennorragie, apparue dans les premiers jours de mai, qui s'est plus tard compliquée d'épididymite gauche, le tout aujourd'hui guéri.

Mais, de plus, dans les premiers jours de juin, vers le 12, dit-il, sans qu'il puisse préciser davantage, sans qu'il ait eu de nouveau rapport sexuel, il a constaté la présence d'une ulcération à gauche du frein. Elle était indolore, et le malade n'y a, pendant assez longtemps, attaché aucune importance ; cependant, comme elle persistait, et que, d'autre part, elle s'était accompagnée d'*adénopathie inguinale*, il s'est décidé à venir de nouveau me demander conseil.

Il est facile de constater que le malade est porteur d'un chancre syphilitique tout à fait caractéristique. Ce chancre,

bivalve, d'aspect lisse, miroitant, siège dans le sillon à gauche du frein ; il est indolent et présente une grosse induration. Il existe une adénite inguinale bilatérale, avec un gros *ganglion prédominant à droite*. On trouve, d'autre part, une adénopathie épitrochléenne droite. Du côté de la gorge, les piliers sont rouges, et l'amygdale gauche est augmentée de volume et rouge également.

Enfin sur les flancs et le thorax, il existe une *éruption syphilitique* maculeuse avec trois éléments papulo-squameux, dont un, comme vous le voyez, présente une belle *collerette de Biett* (je note, à titre de coincidence, des taches ardoisées symptomatiques de la présence de pediculi pubis).

L'examen à l'ultramicroscope du suc de ce chancre, comme aussi les préparations à l'encre de Chine, y montrent *plusieurs tréponèmes*.

La séro-réaction, par la méthode de Bauer, a donné un résultat positif (+++)

La première syphilis est indiscutable et notons ici, en passant, l'absence de roséole consécutive, comme dans notre cas précédent (obs. XXX), par suite du traitement aussitôt institué.

Pour ce qui est de la seconde infection, *la notion du contage*, l'incubation peut-être un peu plus prolongée que normalement, *l'aspect clinique de la lésion*, la coexistence d'une *adénopathie correspondante*, la séro-réaction négative avant, positive après la constation de l'ulcération, l'apparition d'une *roséole de six semaines après le début* du chancre, tout

concorde à prouver qu'il s'agit bien d'une seconde syphilis.

Il ne manque qu'une chose, c'est la confrontation, bien difficile à réaliser, dans la plupart des cas, et en particulier dans celui du malade en question.

Nous nous plaisons à constater que M. Hudelo, qui était présent à la séance, a fait la déclaration suivante : « Le cas de M. Queyrat est tout autre (il s'agissait des syphilides chancriformes), et je crois bien pour mon compte qu'il est légitime ici de parler de réinfection. »

Avant 1910 on admettait « que ces réinfections syphilitiques peuvent se présenter soit sous forme de chancroïde, de « syphilide tertiaire chancriforme », sans adénopathie, sans accidents secondaires, ce sont les cas les plus nombreux. Ou bien plus rarement la réinfection peut se montrer sous forme d'une seconde atteinte de syphilis plus complète (1) ». Il existait une véritable confusion, et la porte se trouvait ouverte à toutes sortes d'objections. On pouvait difficilement répondre aux contradicteurs, parce qu'il était difficile à l'observateur lui-même d'étayer sa conviction.

Mais depuis la découverte de l'ultramicroscope, depuis qu'on a bien précisé les signes cliniques qui distinguent le *véritable chancre de l'ulcération chancriforme*, depuis enfin qu'on a reconnu à la réaction de Wassermann une juste valeur parce qu'on a fait

1. Marcel Pinard. Thèse de Paris, 1910, p. 131.

plus ample connaissance avec elle, les observations de réinfection syphilitique, où il n'y a plus place pour le doute, se sont faites plus nombreuses, et quelques observateurs nous en ont livrées d'intangibles.

Qu'il nous suffise de rappeler, entre autres, celles de MM. Milian, Brocq et Fernet, Jeanselme et Vernes, Louis Queyrat, etc.

Parmi les cas de réinfection publiés au cours de ces trois dernières années, un certain nombre, peut-être, n'est pas à l'abri de toute critique, mais à côté de cela nous estimons qu'il en est quelques-uns capables d'entraîner les plus incrédules, et aptes à nous amener à cette conclusion pratique : qu'il n'est pas indifférent pour un syphilitique guéri, ou considéré comme tel, de s'exposer de nouveau au contact de lésions syphilitiques exogènes.

## CONCLUSIONS

I. — A l'égal des autres maladies infectieuses, la syphilis peut récidiver, c'est-à-dire que malgré l'opinion courante, la réinfection syphilitique est possible.

II. — Il faut réserver le nom de réinfection syphilitique aux cas où se développe une seconde syphilis dans des conditions identiques à la première, c'est-à-dire : notion d'un contage, période d'incubation de quinze à trente jours, existence d'un chancre typique avec *adénopathie correspondante*, développement d'accidents secondaires à l'échéance habituelle (quarante-cinq jours au moins après le début du chancre).

III. — Il existe des accidents secondaires et tertiaires chancriformes qu'il ne faut pas confondre avec les chancres de réinfection. On les distingue surtout pas l'absence d'adénopathie correspondante, et par la coexistence habituelle d'autres accidents syphilitiques (céphalée, insomnie, adénopathies multiples, lésions buccales) de la période correspondante.

IV. — La fréquence plus grande des réinfections depuis quelques années tient, d'une part, à ce que l'on étudie mieux qu'autrefois les manifestations de la

syphilis ; d'autre part, à ce que la thérapeutique possède aujourd'hui des moyens plus puissants qui permettent de réaliser plus souvent, sinon la guérison compléte, pourtant possible, du moins un état de « virginité morbide » jusqu'alors inconnu.

---

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Lévy-Frankel. — Ann. mal. vénériennes, juin 1911.
Galliard. — Séance Acad. Médecine, 6 juin 1911.
Baye. — Thèse de Paris, 1911.
Dieulafoy. — Pathol. Int., t. IV.
Thomaczewski. — Dermatol. Zeitsch., 1911, n° 1.
Bouchard et Roger. — Médecine générale, t. I.
Hudelo. — Annales de Dermatologie, 1890.
Milian. — Progrès médical, mai 1910.
Marcel Pinard. — Thèse de Paris, 1910.
Leredde. — Société de Dermatol. et de Syphiligraphie, 9 novembre 1911.
Lenglet et Sourdeau. — Société de Dermatologie, 7 mai 1909.
Jeanselme et Vernes. — Paris médical, mars 1912.
Levaditi, Laroche et Yamanouchi. — Société de Biologie, mai 1908.
Milian. — Paris médical, mars 1912.
— Société de Dermatol, 6 juillet, 1911.
— Progrès médical, mai 1910.
Marcel Pinard. — Paris médical, mars 1912.
Paul Salmon. — Société de l'Internat., octobre 1911.
Burgsdorf. — Klin. Therap. Woch., 1908, n°22.
Alex. Renault. — Bulletin de Dermatol., jnin 1908.
Abeille. — Revue clin. d'Andrologie et de Gynéco., 15 septembre 1900.
Milian. — Progrès médical, 28 mai 1910.
— Société méd. des hôpitaux, 22 décembre 1910.

John Fabry. — Bulletin médical, 27 septembre 1911.
— Mediz Klinick., n° 31.
Gutmann. — Berlin. Klin. Woch., 1911, n° 28.
Thalmann. — Munch. med. Woch., 1907, n° 13.
Klaussner. — Munch. med. Woch., 31 octobre 1911.
Jeanselme et Vernes. — Société de Dermatol., 9 novembre 1911.
Louis Queyrat. — Société méd. des Hôpitaux, 29 décembre 1911.
S. Whiteside. — Ann. mal. vénériennes, septembre 1911, n° 9.
Belin, Milian Amandrut. — Soc. méd. hôpitaux, 23 février 1912.
Brocq et Fernet. — Société de Dermatol., novembre 1911, n° 8.
Milian. — Société de Dermatol., novembre 1911.
Jullien. — Bulletin médical, 7 juillet 1912.
Bettmann. — Vratchebnaïa Gazeta, 10 juin 1912.
Klausner. — Munch. Med. Woch., mai 1911, n° 44.
Lohe. — Berlin. Klin. Woch., mai 1913, n° 20.
Melun. — Ann. mal. vénériennes, février 1912, n° 2.
Giuseppe Mariani. — Policlinico, août 1913, Fasc., 8.
Louis Queyrat. — Société méd. Hôpitaux, juillet 1913, n° 27.
Journeault. — Thèse de Paris, 1894.

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2303-13